

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Análisis de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como Organismo No Jurisdiccional Especializado en la Defensa del Derecho a la Protección de la Salud”.

T E S I S

Que para obtener el grado en

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

presenta

Fátima Araceli Márquez Chávez

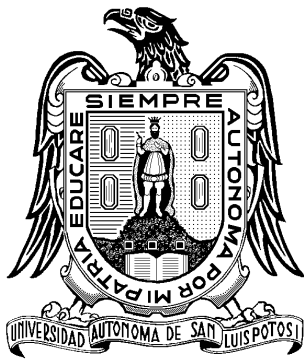
**Directora de tesis
Mtra. Violeta Mendezcarlo Silva**



Programa
Nacional
de
Posgrados
de Calidad
(PNPC)



San Luis Potosí, S.L.P., a agosto de 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Análisis de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como Organismo No Jurisdiccional Especializado en la Defensa del Derecho a la Protección de la Salud”.

Tesis presentada por Fátima Araceli Márquez Chávez

Subcomité de tesis

**Mtra. Violeta Mendezcarlo Silva (Directora)
Dr. Vicente Torre Delgadillo (Asesor)
Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello (Asesor)**

Jurado del examen profesional

Presidente _____ Firma _____

Secretario _____ Firma _____

Vocal _____ Firma _____

Resultado: _____



San Luis Potosí, S.L.P., a _____ de _____ de 2014



San Luis Potosí, S.L.P. a de de 2014

**COMITÉ ACADÉMICO DE LA
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS
PRESENTE**

Estimados miembros del Comité Académico,

Los suscritos, miembros del subcomité de tesis de la estudiante **Fátima Araceli Márquez Chávez**, generación 2012-2014 de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, como resultado de un proceso de acompañamiento, donde hemos evaluado el fondo, la forma y la metodología de la tesis **“Análisis de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como organismo no jurisdiccional especializado en la defensa del derecho a la protección de la salud”**,

HACEMOS CONSTAR

Que la referida tesis realizada por **Fátima Araceli Márquez Chávez** para obtener el grado de Maestra en Derechos Humanos cumple con los requisitos necesarios para acceder al examen de grado.

Sin más por el momento, nos despedimos.

Atentamente


Mtra. Violeta Mendezcarlo Silva (Directora de tesis)


Dr. Omar Sánchez Armás Capello (Asesor)


Dr. Vicente Torre Delgadillo (Asesor)

Dedicatorias

A mí mamá, que siempre me ha apoyado en todos mis sueños y proyectos.

A mí madrina, por su aliento y consejo en cada paso de mi vida.

A Fina, quien me dio todo su cariño y espero esté orgullosa.

A mi padrino por los consejos que nunca me negó.

A tooda mi familia y amigas.

Agradecimientos

Agradezco a Dios

A la Mtra. Violeta Mendezcarlo, por tu tiempo y espacio, pero sobre todo por el voto de confianza y los ánimos.

A los Drs. Omar Sánchez-Armás y Vicente Delgadillo por el tiempo que les robe y me regalaron.

Al Lic. Placencia por con su ayuda con la información sobre la Comisión.

A mis maestras, maestros, colegas y amigas que entre clases y charlas me ayudaron a conquistar este pequeño esfuerzo.

Un agradecimiento especial a aquella persona que su momento no quería venganza sino justicia, por inspirar este trabajo y aunque sé que con este no consigo remediar el daño que se ocasiono espero en un futuro como el mismo deseaba *ya no le pase nadie más.*

Lista de abreviaturas más utilizadas

COESAMED	Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de San Luis Potosí
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
ICHRP	International Council On Human RightsPolicy
DH	Derechos Humanos
IPDH	Instituciones Protectoras de Derechos Humanos
LES	Ley Estatal de Salud
LGS	Ley General de Salud
OG14	Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPDH	Organismos Protectores de Derechos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SES	Sistema Estatal de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO PRIMERO	7
LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS COMO DERECHO HUMANO .	7
1.1. La salud, concepto multidimensional y dinámico	7
1.1.1. Definición de Salud	8
1.1.2. La salud como derecho humano	14
1.1.3. Protección jurídica del derecho humano a la salud.....	21
1.2. Regulación de los servicios de salud	30
1.2.1. Servicios de Salud y atención médica.....	31
1.3. Conclusiones.....	36
CAPÍTULO SEGUNDO.....	41
INSTITUCIONES PROTECTORAS DE DERECHOS HUMANOS Y LOS ORGANISMOS ESPECIALIZADOS EN LA DEFENSA DE UN DERECHO HUMANO	41
2.1. Introducción: instituciones protectoras de derechos humanos.....	41
2.1.1. Organismos protectores de derechos humanos	42
2.1.2. Instituciones protectoras de derechos humanos en México.....	44
2.2. Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de París.....	50
2.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	59
2.4. Conclusiones.....	69
CAPITULO TERCERO	73
LA COMISIÓN ESTATALDE ARBITRAJE MÉDICO EN SAN LUIS POTOSÍ.	73
3.1. Introducción.....	73
3.1.1. Antecedentes	74

3.1.2. Marco Normativo	76
3.1.3. Objetivos	79
3.1.4. Sujetos	83
3.1.5. Estructura	85
3.1.6. Atribuciones	95
3.1.7. Competencia	97
3.1.8. Procedimientos.....	99
3.2. Conclusiones.....	105
CAPITULO CUARTO	107
ANALISIS DE LA COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI A TRAVÉS DE LOS PRINCIPIOS QUE RIGEN LOS ORGANISMOS NO JURISDICCIONALES DE DERECHOS HUMANOS	107
4.1 Introducción.....	107
4.2. Desglose de la aplicación del instrumento y resultados con base a su marco normativo	108
4.3. Conclusiones.....	127
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	129
Salud como bien jurídicamente protegido por el derecho.....	129
La Comisión Estatal de Arbitraje Médico desde la perspectiva de las instituciones protectoras de derechos humanos	132
La Comisión Estatal de Arbitraje Médico.....	136
ANEXOS	140
ANEXO 1 Artículos periodísticos sobre la instalación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en San Luis Potosí	140
ANEXO 2, Respuesta a solicitud de información a la COESAMED sobre marco normativo, comisionados y miembros del consejo	141

ANEXO 3, Organigramas de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico	145
ANEXO 4, Diagramas de procedimientos ante la COESAMED	146
ANEXO 5. Respuesta a solicitud de información sobre procedimientos arbitrales en la COESAMED	148
ANEXO 6. Respuesta a solicitud de información sobre recomendaciones emitidas por la COESAMED	149
ANEXO 7. Nombramiento del comisionado.....	149
ANEXO 8. Salarios de los funcionarios de la COESAMED y presupuesto anual	151
ANEXO 9. Estadísticas 1999 a 2012.....	152
BIBLIOGRAFIA.....	154

INTRODUCCIÓN

La salud, como diría Julio Frenk, es un punto de encuentro donde confluyen “lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción”¹. En este trabajo la salud se encuentra con las instituciones protectoras de derechos humanos, la atención médica y claramente el derecho a la protección de la salud, en un entorno que nos es común y sin embargo muchas veces desconocido.

El estado de San Luis Potosí se encuentra obligado respecto al derecho a la protección de la salud ya que se encuentra reconocido en diversos tratados internacionales, en la Constitución Federal e incluso en la Constitucional local. Para su instrumentación se ha generado el Sistema Nacional de Salud y se ha desarrollado al interior de las entidades federativas el Sistema Estatal de Salud. Es decir, no carece de sustento jurídico y cuenta con la infraestructura para su ejercicio.

Entre los diversos organismos que se han creado a nivel local y que dependen de los Servicios de Salud del Estado para lograr los objetivos del Sistema Estatal de Salud se encuentra la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, la cual surge en octubre de 1998.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el funcionamiento de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en el Estado de San Luis Potosí como un órgano especializado en el derecho a la protección de la salud desde la perspectiva de los organismos no jurisdiccionales protectores de derechos humanos. Para ello se parte del hecho de que en su Decreto de creación se establece la tutela del derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica como causal de origen y objetivo de la misma.

Con lo anterior se pretende determinar si reúne los elementos que lo puedan identificar como una especie de ombudsman en materia de protección del derecho a la salud tomando como referencia el marco normativo que lo rige. Ante esto nos hacemos la siguiente pregunta, *¿Son el marco jurídico y la estructura de la Comisión*

¹ FRENK, Julio, *La salud de la población*, FCE, México, 1994.

Estatad De Arbitraje Médico en San Luis Potosí compatibles con los principios que rigen a los organismos no jurisdiccionales protectores de derechos humanos?

Para responder esta pregunta hace falta resolver los siguientes cuestionamientos

- *¿Cuáles son las características del derecho a la protección de la salud como derecho humano específicamente en lo relativo a la prestación de servicios médicos?*
- *¿Que son los organismos protectores de derechos humanos?*
- *¿Qué es la Comisión Estatal de Arbitraje Médico?*

La respuesta de estos cuestionamientos da como resultado la siguiente investigación, a fin de determinar si la siguiente hipótesis se cumple:

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico tiene entre sus objetivos la búsqueda del cumplimiento del derecho a la protección de la salud en su decreto de creación sin que esto implique que se le pueda considerar como un órgano protector de derechos humanos para lo cual son necesarias reformas jurídico-estructurales.

La pertinencia de esta investigación se plantea desde diferentes puntos. En primer lugar dado que la Comisión Estatal de Arbitraje Médico no es una propuesta teórica sino un organismo que ya ha sido implementado, es importante la realización de investigaciones tendientes a la comprensión, evaluación y mejora de este mismo.

Ahora bien, su existencia parece justificable ya que puede considerarse como un avance en la tutela del derecho a la protección de la salud el hecho de que se cree un ente que desde la administración pública vigile los actos de los prestadores de servicios médicos a fin de evitar violaciones a este derecho y lograr mejorar las condiciones en las que se presta el mismo.

Hay que recordar que este derecho es del tipo programático, es decir, que implica una obligación *de hacer*. Estos tipos de organismos pueden determinar que

tanto el Estado está cumpliendo con sus compromisos y en un momento determinado proponer acciones para hacer el ejercicio de este derecho efectivo.

Cabe hacer mención que si una parte de los actos derivados de la prestación de servicios médicos se realizan por particulares dando lugar a relaciones de coordinación, el Estado no queda automáticamente exento de responsabilidad ya que entre las obligaciones que derivan del derecho a la protección de la salud se encuentra velar por que los servicios de salud tanto públicos como particulares sean de calidad, para de esta manera evitar un daño en la salud y la dignidad de la persona.

Aunque existen algunas investigaciones a nivel local sobre el organismo en estudio, se pudo observar que si bien el objetivo frecuentemente era medir su eficacia² no se contaba con las herramientas necesarias para realizar este ejercicio. Por ello en este trabajo se propone el estudio a partir de los Principios que rigen a los organismos protectores de derechos humanos (Principios de París), pues de obtenerse resultados positivos, se podrían aplicar herramientas de medición diseñadas³ para medir la eficacia de las instituciones protectoras de derechos humanos, previa adecuación de las mismas.

Si del estudio de su marco normativo y su estructura se deduce que es un organismo protector de derechos humanos o de naturaleza similar podrán en investigaciones posteriores realizarse evaluaciones en los términos de las herramientas antes mencionadas.

Por lo tanto el objetivo general de esta investigación es *establecer si la Comisión Estatal de Arbitraje Médico puede identificarse como un organismo no jurisdiccional de defensa del derecho humano a la salud en los servicios de atención médica*. En el camino para lograr este objetivo se plantea la necesidad de a) comprender del derecho a la protección de la salud como área de especialización de dicho organismo, b) estudiar los organismos protectores de derechos humanos para

² Hortensia, Flores Valadez, *La Comisión Nacional de Arbitraje Médicoconciliadora o protectora*, dirigida por Ramón B. Rodríguez Moreno, Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho, 2006

³ Cfr. ICHRP, *Evaluar la eficacia de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*, es un documento que señala la metodología y criterios para hacer este tipo de medición

identificar sus características generales, c) analizar del marco normativo que a nivel nacional e internacional pueda ser aplicable a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico a partir de los puntos anteriores. Este estudio se encuentra limitado a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de San Luis Potosí específicamente a su marco normativo.

Las investigaciones sobre las Comisiones de Arbitraje Médico⁴ no son algo nuevo, la presente se suma a una lista de estudios al respecto. Sin embargo en este trabajo se pretende dar un enfoque diferente por las razones anteriormente establecidas, ya que la mayoría de ellos han versado sobre los mecanismos alternos de resolución de conflictos que se manejan dentro de ella, especialmente el arbitraje. Aunque se tocan estos temas no son el punto central de la investigación

Se dio cuenta de que respecto a su homóloga a nivel nacional existen algunas tesis sobre el tema, destacándose la titulada *La Comisión Nacional de Arbitraje Médico como un organismo protector del derecho constitucional a la protección de la salud*, presentada por la LD. Nancy Mareaud Muñiz⁵ donde se observa que ya se ha planteado considerar a este tipo de organismo como tutelares de este derecho y no como meras instancias conciliadoras.

A nivel local existen trabajos de investigación que se refieren al organismo que se estudia, efectuados por estudiantes de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en la Facultad de Derecho⁶ a nivel Licenciatura. Aun con lo anterior se puede observar que existe poco conocimiento de lo que es y hace esta institución por lo que se considera necesario y pertinente el trabajo descriptivo y exploratorio que se realiza en esta investigación.

⁴ Esta terminología puede no ser la correcta, ya que, aunque existen organismos de este tipo por todo el país, estos tiene distintas denominaciones aunque suelen ser similares. Se aplica en este caso para poder englobar estas instituciones en un bajo un solo concepto.

⁵ Cfr. Nancy, Mareud Muñiz, *La Comisión Nacional de Arbitraje Médico como un organismo protector del derecho constitucional a la protección de la salud*, dirigida por Felipe Rosas Martínez, Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho, 2007

⁶ Cfr. Manuel Alberto, Torres Saucedo, *El arbitraje médico, la vía más humana, justa rápida y eficaz para resolver las controversias que se suscitan de la prestación de los Servicios de Salud en México*, dirigida por Javier Reinoso Reyes, Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Derecho, 2001 y Juan Francisco, Tapia Guel, *Breve análisis de la ineficacia del arbitraje médico en el Estado de San Luis Potosí*, dirigida por Domingo Auces Villalpando, Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Derecho, 2003

En base a la tipología de las formas que pueden adoptar las preguntas en las ciencias sociales del Dr. Fernando Leal Carretero, el estudio que se pretende realizar es un estudio descriptivo ya que se busca describir el órgano conocido como Comisión Estatal de Arbitraje Médico para conocer su naturaleza, objetivos y organización a partir de su marco normativo. A la vez puede plantearse en cierto grado como una investigación cualitativa y en parte cuantitativa, toda vez que en la misma buscan definirse las propiedades de la Comisión y establecer las similitudes y diferencias entre esta y los organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos.

Con base a los Principios de París se realizó un instrumento cuyos reactivos se aplicaron al marco normativo de la Comisión y en base a las respuestas se obtuvo un grado de porcentaje que señala el nivel de asimilación entre ambos. Para ello fue necesario un análisis previo de su marco normativo y realizar una descripción de su estructura, organización y procedimientos. Por ello se recurrió a la investigación de campo mediante la solicitud de información pública y realización de entrevistas a funcionarios de la Comisión.

El desarrollo de la investigación se desarrolla de la siguiente manera, el capítulo primero se busca comprender el concepto de salud y su evolución histórica llegando al concepto dado por la Organización Mundial de la Salud el cual es el más difundido, esto con la finalidad de entender el bien jurídicamente protegido ya que posteriormente se aborda el tema del derecho humano a la protección de la salud, su marco jurídico y características. El objetivo de lo anterior identificar el área de especialización de la COESAMED. La segunda parte de este capítulo se destina describir los servicios de salud y la atención médica a fin de insertar el ejercicio de la COESAMED en el sistema sanitario mexicano y describir la relación clínica y su evolución debido a que esta es materia prima de trabajo de este organismo.

El segundo capítulo aborda lo relativo las instituciones protectoras de derechos humanos, evolución y características, con énfasis en los Principios de París como lineamientos generales para las instituciones de esta naturaleza. En este mismo capítulo se hace una breve descripción de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como antecedente directo de la COESAMED. El objetivo de comprender la

naturaleza de estas instituciones y especialmente la fuente de la cual se genera el instrumento que se aplicara posteriormente a la COESAMED.

El tercer capítulo se destina a la descripción del organismo, su marco normativo, objetivos, competencia, sujetos y atribuciones. Como se señalaba anteriormente se observo que existe poco conocimiento sobre la institución por lo que se considero relevante hacer exponer el mismo de manera concisa y clara. Aunque se realizo tomando como referencia principal el marco normativo que la rige se trato de complementar la exposición con datos obtenidos a través de la investigación de campo. El objetivo es identificar que es la COESAMED para poder realizar la aplicación del instrumento.

En el cuarto capítulo se realiza la aplicación del instrumento al marco normativo de la COESAMED. Para ello se responde cada reactivo señalando el fundamento jurídico que justifica dicha respuesta. Los resultados se sistematizaron a fin de obtener el grado de porcentaje de coincidencia entre el organismo y los principios que rigen a las instituciones protectoras de derechos humanos.

Con todo lo anterior se busca comprobar o rechazar la hipótesis planteada. En el último capítulo se presentan las conclusiones que derivan de esta investigación y se realizan algunas propuestas que versan sobre el bien jurídico protegido, la naturaleza de la Comisión en su marco normativo, estructura y procedimientos.

CAPÍTULO PRIMERO

LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS COMO DERECHO HUMANO

SUMARIO: 1.1. La salud, concepto multidimensional y dinámico, 1.1.1 Definición de salud, 1.1.1.1. Salud según la Organización Mundial de la Salud, 1.1.2 La salud como derecho humano, 1.1.2.1. Elementos del derecho a la salud, 1.1.2.2. Distinción entre derecho sanitario y el derecho a la protección de la salud, 1.1.3. Protección jurídica del derecho humano a la salud, 1.1.3.1. Instrumentos que reconocen y protegen la salud en el derecho internacional, 1.1.3.2. El derecho a la protección de la salud en México, 1.2. Regulación de los servicios de salud 1.2.1. Servicios de salud y atención Médica, 1.2.1.1. La relación clínica, 1.3. Conclusiones

1.1. La salud, concepto multidimensional y dinámico

La salud es un derecho humano reconocido en nuestra constitución y también en diferentes tratados internacionales que forman parte del derecho aplicable dentro de nuestro país. Pese a su reconocimiento es un derecho que genera diversas dudas en cuanto a su contenido y alcances, lo cual se puede apreciar tanto en México como en otros países donde se le reconoce como un derecho humano o un derecho fundamental.

Su construcción teórica se ha ido generando a través de la práctica con el planteamiento de casos concretos donde se le invoca. Sin embargo, el estudio de la salud no es común en el campo del derecho ya que de manera errónea se sigue planteando como algo ajeno al mismo. Esto ha generado escasos estudios de este tema, generalmente enfocados a la responsabilidad civil o penal del médico. El estudio de la salud se ha relegado al campo de la medicina aunque otras áreas de las ciencias sociales se han interesado en el mismo debido a su importancia en la dinámica social.

Junto con el derecho a la educación se ha convertido en uno de los más importantes indicadores del grado de desarrollo de una sociedad. Se coincide en que el establecimiento de las herramientas necesarias para acceder a una educación y servicios de salud de calidad son pilares para el desarrollo individual y social. Al respecto es pertinente lo siguiente: “La historia reciente de diversos países

demuestra que la educación y buenas condiciones de salud promueven movilidad social y establecen cimientos necesarios para superar situaciones de pobreza”⁷.

En los siguientes puntos se busca profundizar en el concepto de salud para entender el bien que se busca proteger por el derecho, su desarrollo como derecho humano, en especial determinar sus características como tal, ya que en este apartado se pretende determinar el perfil de la protección que debería dar un organismo especializado en la tutela del derecho a la salud. Esto es complejo debido a que nos encontramos ante un derecho cuyo contenido aun es impreciso y sus alcances indeterminados, pero cuyo ejercicio es cotidiano y su importancia radica en el impacto individual y social que la salud tiene en la vida, especialmente en una vida digna y de calidad.

1.1.1. Definición de Salud

La *salud* no se puede entender como un concepto permanente sino como una construcción que a la par del desarrollo (biológico, social, tecnológico, etc.) del ser humano se va modificando. Su contenido depende de diversos factores como son la sociedad, la ciencia, la religión, la economía, etcétera. Etimológicamente proviene del latín *salus* que se refiere a un buen estado físico o la conservación de algo y *sanitas* relativo a la percepción de la razón o del bien.⁸

Se puede entender a la salud como un concepto que se crea a partir de la percepción de ciertas características objetivas que nos hacen considerar que la persona se encuentra en óptimas condiciones físicas o psíquicas. Ejemplo de esto son los exámenes de sanguíneos donde existen ciertos estándares que determinan si los niveles del elemento analizado se encuentran dentro “lo normal”. Este enfoque “reduce el cuerpo a la exterioridad y permite manipularlo como algo objetivo y diferente de la propia identidad subjetiva...El planteamiento mecanicista es

⁷ RAMÍREZ. Berenice, “Mesa de trabajo: Aspectos económicos de la queja médica” en AAVV, *Memorias Simposio CONAMED 2012 “Aspectos sociales, psicológicos y económicos de la queja médica; los medios alternativos en el marco constitucional y la rectoría del sector salud en la calidad de la atención médica”*, CONAMED, México, 2013, p. 169

⁸ ROMEO, Carlos, “Salud”, *Enciclopedia de bioderecho y bioética*, Tomo II (I-Z), Catedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, España, 2011, p. 1479

profundamente limitado para analizar la vida y la salud: no es lo mismo estar estropeado que estar enfermo, vivir que funcionar, la salud que la eficiencia”⁹

Desde otro enfoque se puede considerar como un bien o valor cuyas manifestaciones se presentan de manera material o inmaterial, donde criterios objetivos se suman a los subjetivos, la cual por sí misma es deseable toda vez que puede ser determinante para el desarrollo del ser humano pero es personalísima pues solo cada individuo puede ser consciente de ella, de su propia vida y la manera de orientarla.¹⁰ Otra manera de entender la salud incluye los factores sociales sin perder de vista los elementos objetivos y subjetivos que la integran. Desde este enfoque se convierte en parte del bien común y es necesaria para el desarrollo de la sociedad y del individuo dentro de ella.¹¹ Por lo tanto la salud es un concepto multidimensional que conjuga la *normalidad* fisiológica, psíquica o mental, social, ecológica y religiosa o espiritual. Todos estos factores influyen para que las personas se sientan *bien* y pueda de manera individual y conjunta realizar sus objetivos y proyectos.¹²

Aunque se ha querido plantear la salud como un concepto natural (es decir, que no depende de valores subjetivos entendiéndola como una condición dada e independiente de quien la percibe), es un concepto cultural que si bien puede ayudarse de valores objetivos proporcionados por las ciencias, esta poderosamente influido por ideas, valores, significados y símbolos que se transmiten de una generación a otra y que se encuentra en constante proceso de desarrollo y transformación.¹³

Cabe hacer la acotación de que el concepto de salud viene necesariamente ligado al de enfermedad. Es recurrente que para explicar la salud se parta desde la enfermedad y viceversa. La enfermedad es parte importante del proceso de

⁹ VÁZQUEZ, Carlos, “Salud”, *Diccionario de bioética*, Monte Carmelo, España, 2006, p. 639

¹⁰ *Ibid*, p. 641

¹¹ *Ibid*, p. 644

¹² ALARCOS, Francisco J., *Bioética y pastoral de la salud*, San Paolo, España, 2002, p. 179-180

¹³ Para esta afirmación se recurre a la sociología y el concepto de cultura del cual existe diversas pero similares definiciones. En este caso se tomo en cuenta la proporcionada por Karl-Heinz Hillman en su *Diccionario Enciclopédico de Sociología*.

protección de la salud e indirectamente se le toma en cuenta para tomar decisiones respecto a las políticas, programas y leyes que se crean en materia sanitaria.

La enfermedad¹⁴ se conforma por factores subjetivos y objetivos, algunos de los cuales no son medibles. La dimensión subjetiva de la enfermedad se refiere a una *sensación* del sujeto de una *falta de normalidad o armonía* tanto al interior del organismo como en su relación y funcionamiento al exterior, pero para calificar a una persona como enferma se deben reunir ciertos requisitos morfológicos, de actividad funcional, de rendimiento vital o conductuales. Sin embargo, la tendencia en el siglo XX (que se desprende del modo en que se entiende la salud y el ejercicio de las ciencias médicas), va orientada a considerar cualquier problema o trastorno de salud como una enfermedad.

La dimensión objetiva de la enfermedad atiende a los hechos y se enfoca en la reacción de individuo, la cual pone en marcha ciertos mecanismos que producen alteraciones estructurales y funcionales que producen ciertos signos o síntomas; a esto se podría agregar que estas reacciones son percibidas como efectos negativos pues de lo contrario el simple envejecimiento podría considerarse como tal. Debido a que el carácter subjetivo e histórico de la enfermedad determina la misma, se dice que “cada persona tiene una forma de enfermar diferente a otra, a pesar de padecer la misma enfermedad”.¹⁵

Los conceptos salud/enfermedad han sido estudiados por la antropología médica la cual tiene como uno de sus temas de estudio la comprensión del concepto de salud como un constructo cultural y a partir de lo cual han podido determinar su evolución de la cual se pueden identificar tres periodos fundamentales.¹⁶

Desde la Edad Antigua hasta la Edad Media se entendía en base a elementos mágico-religiosos y con un mayor enfoque hacia la enfermedad, la mayor característica de este periodo es que los padecimientos son generalmente atribuidos a entidades sobrenaturales y los remedios están basados en rituales mágicos o

¹⁴ TOMÁS, Gloria Ma. y MANERO, Elvira (coord.), “Enfermedad” en *Diccionario de bioética para estudiantes*, Formación Alcalá, España, 2008, p. 129-131.

¹⁵ *Ibid*, p. 130,

¹⁶ VERGARA, María del Carmen, “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”, en *Hacia la Promoción de la Salud*, No. 12, 2007, 41-50.

religiosos. En la edad moderna se da lugar a una concepción biológica-mecanicista con el auge de las ciencias biomédicas, esta concepción de la salud llevo a la desensibilización en el ejercicio de la práctica médica donde en muchos casos trataban al paciente como un objeto minimizando sus dimensiones afectiva o social. A finales del siglo XIX y durante el siglo XX, diversos factores permitieron el surgimiento del enfoque actualmente está extendiéndose, sobre una perspectiva que entiende la salud de manera multidimensional y como un factor de desarrollo. Sin embargo coexiste con un modelo biológico-mecanicista, especialmente en las ciencias médicas.

Estas etapas de evolución de la salud se vieron influidas a la vez que influenciaron la generación de las ciencias biomédicas. El modo de entender el ejercicio de la medicina se corresponde plenamente a la manera en que se entiende la salud, estas son una manifestación de la comprensión la realidad y del propio ser humano.

Es por ello que cuando esta perspectiva cambia, se modifica también el concepto de salud y el del quehacer de las ciencias de la salud, volviendo a privilegiar a la persona como titular de este bien insertándola en un contexto social y familiar y reconociéndola como un ente con emociones y sentimientos, sin desconocer el valor de los avances científicos en la materia. Este concepto se va construyendo en una sociedad determinada territorial y temporalmente e influida por factores económicos, culturales, políticos que se entrelazan con las ciencias biomédicas. Es perfectible pero también manipulable a fin de servir a los intereses de determinados sectores.

Teniendo en cuenta lo anterior la salud se puede comprender como un fin o como un medio. Cuando se le considera como un fin el objetivo de su protección es preservarla. Por otra parte la salud como un medio permite lograr el bienestar social e incluso la felicidad pero no se debe identificar con esta. En este último sentido nos parece pertinente la siguiente definición: -salud es- *la capacidad de individuo para*

*desarrollar plenamente sus funciones sociales, mediante su adaptación al medio, actitud de cambio y aceptación del mismo.*¹⁷

Dentro del último periodo de evolución del concepto de salud, surge y se inserta en la doctrina y técnica legislativa la definición con mayor peso hasta el momento que es la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud en 1946, que la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁸.

1.1.1.1. Salud según la Organización Mundial de la Salud

Se dedica un apartado especial a la definición de la OMS a fin de explorarla un poco más debido a que es actualmente la más difundida e influyente a nivel mundial y sirve de parámetro y punto de partida a teóricos, políticos, trabajadores de la salud, etcétera.¹⁹

Se integra por un elemento negativo y uno positivo. El elemento negativo u objetivo se refiere a la *ausencia* de enfermedad, mientras el positivo se refiere al estado de completo *bienestar*, es decir, un máximo estado de confort vital, psíquico y moral²⁰. A esta definición se le ha tachado de utópica y estática por lo tanto ajena al modo en que la experimentan en la persona y la comunidad²¹.

En su elemento negativo ésta definición conserva en parte la visión moderna de la salud basándose en elementos objetivos para su identificación. La crítica en esta redacción se basa en que opone totalmente la enfermedad a la salud dando como consecuencia comprender a la persona por los elementos que la integran y no como un todo. Al respecto es pertinente la siguiente reflexión:

¹⁷MAESTRO, Begoña, “Fundamentos de la sociología de la salud”, en ANTEQUERA, José, (ed.), *Derecho sanitario y sociedad*, Díaz de Santos, Madrid, 2006, p. 179.

¹⁸Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Preámbulo), firmada en Nueva York el 22/07/1946 entró en vigor en México el 7/04/1948

¹⁹TOMÁS, *op. cit.*, p. 285-287.

²⁰POSE, Carlos, *Lo bueno y lo mejor, introducción a la bioética médica*, Triacastela, España, 2009, pp. 24-25.

²¹ALARCOS, *op.cit.*, pp. 162-180.

...resultaría peligrosa una noción puramente vitalista y biológica: la salud sería la ausencia de todo sufrimiento y una desbordante fuerza vital y corporal. De hecho, tal concepto de salud puede suponer un deterioro y un peligro para la verdadera salud del hombre compuesta de cuerpo, alma y espíritu. El sentido de la salud no se puede expresar en función del cuerpo únicamente, sino en función de todo el hombre.²²

Respecto al elemento positivo de esta definición, es decir el bienestar, existen críticas que señalan que dicho concepto es tan ambiguo que se asimila al de felicidad, lo que a su vez se ha reflejado en “un sentimiento generalizado de impotencia y de aislamiento, así como la exasperación del deseo y de la insatisfacción” cuando dicho estado no se logra.²³ Aunque esta crítica es superable si se entiende a la salud como una realidad gradual que admite un máximo y un mínimo donde el máximo es el concepto de la OMS y donde el mínimo adquiere vital relevancia para la creación de normas, instituciones y políticas sanitarias.²⁴

Por otra parte, esta definición conlleva también a una modificación en la práctica médica y en la relación clínica ya que esta definición pone el énfasis en la persona (paciente), en quien radica en definitiva la interpretación de bienestar. Esto conlleva a su vez la potencialización del *principio de autonomía* cambiando la concepción tradicional que daba primacía al *principio de beneficencia*.

Naturalmente el movimiento a favor de la autonomía de las personas es algo que trasciende el mundo de la sanidad: se constituye en el rumbo general civilitario y es la señal de madurez de personas y sociedades. De la heteronomía a la autonomía. Necesariamente es así en el terreno de la

²² ALARCOS, *op.cit.*, p. 173.

²³ *Id.*, p. 165.

²⁴ VÁZQUEZ, *op.cit.*, p. 632.

ética, pero también en el derecho y la política: de la asignación de estatus a la autonomía de la voluntad, de la dictadura de la democracia.²⁵

Para lograr esta autonomía se requiere que el paciente sea consciente de que las decisiones sobre su propio cuerpo le pertenecen en última instancia, esto implica libertad pero también responsabilidad para tomar las decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. Esta libertad requiere a la vez de factores ajenos a la voluntad del paciente, como un cierto grado de conocimientos y la confluencia de factores sociales, culturales y económicos.

Como ya se señaló la definición de salud de la OMS ha permeado en los sistemas normativos. Antes de su reconocimiento como derecho humano las cuestiones de salud que se trataban en el marco jurídico tenían una finalidad práctica, centrada en regular acciones que pusieran en peligro a la comunidad. El enfoque más actual entiende la salud como un derecho que ostentan las personas y que les es debido e irrenunciable, su finalidad es proteger la dignidad y permitir el desarrollo tanto individual como colectivo.

1.1.2. La salud como derecho humano

La salud se reconoce como un derecho humano y al encontrarse positivizado tanto en normas internacionales como nacionales se le reconoce como un derecho fundamental²⁶ con sus características: universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad²⁷. Este derecho tiene una estrecha relación con el derecho al respeto a la integridad física y el derecho a la vida, pero sobre todo al igual que otros derechos su existencia (o ausencia) determina la calidad de vida.

²⁵CASADO, María, "Hacia una concepción flexible de la bioética", en CASADO, María (Comp.), *Estudios de bioética y derecho*, Tirant lo blanch, España, 2000, p. 31.

²⁶ *Derecho fundamental* en el sentido que lo entiende Luigi Ferrajoli "son derechos fundamentales todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a <<todos>> los seres humanos en cuanto dotados de *status* de personas, de ciudadanos o por personas con capacidad de obrar" en *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Trotta, España, 2001, p.19.

²⁷ Artículo 1º párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La salud es un bien jurídico sensible a que cualquiera, tanto particulares como el Estado, lo vulneren, sin embargo es el Estado quien tiene una mayor obligación de respetar y al mismo tiempo de garantizarlo. Este derecho se considera de segunda generación o derecho social aunque se puede decir que se encuentra presente en las tres generaciones de derechos humanos.²⁸

En la primera generación, de los derechos civiles y políticos, el Estado tiene un deber de abstención, es decir, de no causar daño por lo tanto nace una protección de la salud en sentido negativo. En la segunda generación de los derechos sociales, se reconoce abierta y plenamente la salud como un derecho humano donde el Estado tiene un papel activo generando la obligación de proporcionar los elementos necesarios para protegerla y/o restituirla. En la tercera generación de los derechos colectivos ó solidarios podemos encontrar también elementos de protección a la salud.

Como podemos observar es durante la segunda generación de los derechos humanos donde se le reconoce expresamente como un derecho social. A los derechos sociales se les conoce también como derechos prestacionales o programáticos. Según Prieto Sanchís²⁹ estos derechos se caracterizan por la necesidad de la existencia del Estado y sus instituciones, pues es a través de ellas que se pueden ejercer plenamente. Sobre estos derechos el Estado tiene una obligación de hacer, de organizarse y repartir los recursos necesarios para garantizarlos y para hacer válido su ejercicio se construye todo un entramado de instituciones y normas organizacionales.

Aunque muchas veces el receptor no sabe que posee ese derecho, los derechos sociales se atribuyen al individuo atendiendo a sus necesidades específicas según su contexto social y son derechos de igualdad, pues a través de una regulación diferenciada se busca subsanar una desigualdad de hecho que conlleva la violación de este derecho. Al obligar al Estado a proteger la salud como

²⁸RAMIREZ , Alejandro, *Derecho a la Salud*, Editorial Sista, México, 2003, pp. 37-42.

²⁹PRIETO, Luis, "Derechos sociales y el principio de igualdad sustancial" en *Derechos sociales y derechos de las minorías*, CARBONELL, Miguel, (comp.), Editorial Porrúa, México, 2004, pp. 17-27.

un derecho humano se pretende en el fondo lograr la igualdad y preservar la dignidad de las personas.

Es importante señalar que se tiende a tachar como incorrecta la expresión derecho a la salud bajo el argumento de que esto va más allá de las facultades de cualquier persona o autoridad que solo pueden en un momento dado prestar los servicios o crear las condiciones necesarias para el acceso a está de manera equitativa. Se entiende entonces que este derecho busca garantizar el acceso a los medios necesarios para procurarla, preservarla o restaurarla, por lo que se considera que el término correcto es derecho a la protección de la salud.³⁰

Aunque no forma parte de la presente investigación encontrar el fundamento del derecho a la protección de la salud y su análisis está dirigido principalmente cuestiones meramente formales, se considera que esta es una discusión importante y relevante para su instrumentalización y protección.

Aunque se ha hecho énfasis en sus características dentro del derecho positivo, consideramos que su fundamento no se encuentra de su simple implementación en la norma ya que se trata de valores intrínsecos a la persona y a la comunidad que posteriormente se integran a la ley. Como señala De la Torre Rangel “Son las *necesidades juridificadas*, de las mujeres y los hombres, las que constituyen los derechos humanos, teniendo como base una concepción integral del ser humano y aceptando su plena dignidad.”³¹ En este caso el derecho a la salud nace de las demandas sociales de los trabajadores por sus precarias condiciones de vida dando origen a la asistencia sanitaria, posteriormente, se vuelve una necesidad que el Estado la proporcione para todos los ciudadanos³².

Para De La Torre Rangel, el derecho es un concepto análogo donde el analogado principal es lo *justo objetivo* pues considera que la efectividad del derecho radica en el cumplimiento de la justicia. Sin embargo concluye que la raíz de derecho se encuentra en el ser humano “Al establecer que el ser del Derecho, como realidad

³⁰ GARRIDO, *Op. Cit*, pp.285-287.

³¹ DE LA TORRE, Jesús, *El derecho a tener derechos*, Ciema, México, 2002, p. 125.

³² DELDUQUE, Celia et al, “Bases conceptuales del derecho a la salud: del derecho a la salud al derecho sanitario, en *El derecho desde la calle. Introducción crítica al derecho a la salud*, Vol. 6, FUB-CEAD, Brasilia, 2012, p.45.

original, es la facultad de la persona para exigir lo que le pertenece, se está aceptando implícitamente al ser individual y social del hombre, así como el ser individual y social del Derecho.³³

La concepción del derecho como lo justo objetivo presupone a dos o más personas en una relación de solidaridad, entendiendo a la persona como un ser individual pero unido a los demás, por lo que el derecho también debe de ser solidario para lograr el bien común individual y colectivo.³⁴ Cabe señalar:

para una correcta comprensión del derecho a la salud, esto no debe centrarse exclusivamente en el individuo o el colectivo, pues la construcción del derecho individual a la salud es fundamental para el ejercicio colectivo de lo mismo, mientras que en el derecho colectivo es fundamental para su ejercicio individual.³⁵

Si bien el tema es muy extenso y puede dar lugar a diversas opiniones nos basamos en lo anteriormente señalado para encontrar que el derecho a la salud forma parte del derecho positivo vigente cuyo fundamento se encuentra en la persona tanto individual como colectiva y en el respeto a su dignidad.

1.1.2.1. Elementos del derecho a la salud, observación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Como se señalaba al principio de este capítulo el derecho a la salud es un derecho que además de ser reciente en el marco normativo mexicano e incluso en el internacional, se ha construido a partir de casos específicos en donde se le invoca para determinar su contenido, alcances y límites. Como se verá más adelante la inclusión de este derecho en los instrumentos internacionales obliga a los estados a

³³ DE LA TORRE, Jesús, *Del pensamiento jurídico contemporáneo*, CEDH-UASLP, México, 2006, p. 22.

³⁴ *Id*, p. 26-37.

³⁵ COSTA, Alexandre, "Salud: un derecho desde la calle", en AAVV, *El derecho desde la calle. Introducción crítica al derecho a la salud*, Vol. 6, FUB-CEAD, Brasilia, 2012, p. 34.

asegurar a sus ciudadanos el nivel más alto de salud posible. Esto aunado a la definición de la OMS ha llevado a conflictos entre las personas y los Estados en una constante lucha por determinar hasta donde llegan las obligaciones de este último.

Por esta razón en el año 2000 se emitió la Observación General 14³⁶ del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde este hace una interpretación del artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales que dice: “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, donde busca establecer el contenido y alcance de este derecho, derivado de la necesidad de determinar que se debe entender por el *más alto nivel posible*. Esta observación contiene varios puntos, por lo que no se expondrá en su totalidad solo en lo referente a lo que relacionado con esta investigación.

Comienza señalando que este derecho no se refiere a un derecho a estar sano, dado la imposibilidad material de los Estados de garantizar el completo bienestar físico, mental y social de las personas, ello ha derivado en que se diga que el derecho tutelado en este caso es el de la protección de la salud. Genera libertades como la de cada individuo a controlarla y derechos como la creación de un sistema de salud acorde a las necesidades de a quienes se dirige. Las obligaciones del Estado que surgen de este derecho son de proporcionar “una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”³⁷

El contenido de este derecho tiene una doble vertiente, una que es negativa en cuanto a la obligación de no causar daño a la salud y una positiva relativa a generar las condiciones necesarias para permitir a las personas acceder a ella, este último aspecto le da el carácter social o prestacional. Aquí se le interpreta como un derecho inclusivo, es decir, abarca todos los factores determinantes de la salud como

³⁶ Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Organización de las Naciones Unidas, 22^o período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Consultado en 27/11/2013. Disponible en: www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm

³⁷ *Id*

un medio ambiente en óptimas condiciones, alimentación completa y balanceada, acceso al agua, etcétera. De ellos la atención de salud oportuna y adecuada es el factor en el que se enfoca esta investigación. En todas sus formas o niveles debe contar con cuatro características que son:

- a) Disponibilidad, es decir, contar con el número de servicios, profesionales e insumos mínimos necesarios para atender a todas las personas que lo requieran, así como de programas. Estos estarán determinados por el nivel del desarrollo del Estado pero deberán cumplir un mínimo adecuado para la prestación de dichos servicios.
- b) Accesibilidad, los establecimientos sanitarios deben ser accesibles a todos, esta característica tiene cuatro dimensiones: I. No discriminación por ninguna razón, especialmente los sectores más vulnerables, II. Física que se encuentren en a una distancia geográfica razonable y sean adecuados para permitir el acceso a todas las personas, III. Económica, que estén al alcance de toda la población y no sirvan para ensanchar la brecha de desigualdad, IV Información de manera que se pueda solicitar, recibir y difundir ideas e información relacionada con la salud.
- c) Aceptabilidad, que se refiere al respeto a la ética médica y ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y comunidades, sensibles a los requisitos de género y el ciclo de la vida;
- d) Calidad, es decir que establecimientos, insumos, personal y servicios sean aceptables desde el punto de vista científico y médico.

Para el Estado genera la obligación de respetar (abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud), proteger (adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el ejercicio de este derecho) y cumplir (facilitarlo, proporcionarlo y promoverlo a través de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole).

1.1.2.2. Distinción entre el derecho sanitario y el derecho humano a la protección de la salud

En este apartado se buscará establecer la diferencia entre el derecho sanitario y el derecho humano a la protección de la salud ya que por su estrecha relación se han considerado como sinónimos. Esta confusión en la práctica conlleva que se identifique el cumplimiento del derecho a la protección de la salud con el seguimiento de las normas administrativas que regulan todo lo relacionado con la sanidad.

Desde el derecho sanitario el enfoque es propiamente administrativo, se refiere al estudio y regularización de los organismos que conforman el sistema de salud de un determinado gobierno. Sus fundamentos pueden tener origen en ideas de tipo pragmático, económico o de otra índole. Por otra parte, como derecho humano se refiere a la facultad de una persona para interpelar a otra y exigir lo que le es debido por el simple hecho de ser persona.

Hasta hace pocos años la salud se consideraba este tema de carácter privado que solo concernía a los particulares, con excepción de algunos temas de sanidad, especialmente en espacios comunes y básicos para convivencia social. Los cambios económicos y sociales aunados a la evolución de las ciencias médicas convirtieron a la salud en un tema público que comenzó a través de programas asistenciales para posteriormente reconocerse como un derecho humano. Es por esta razón que incluso antes de su inclusión en los textos legales como derecho fundamental existían normas de derecho sanitario que se insertaban dentro de las normas del derecho administrativo, “El Derecho Sanitario en sentido estricto comprende el estudio del *régimen jurídico del conjunto de la organización sanitaria, en particular el sistema público de la sanidad, las acciones de salud pública y las relaciones de los ciudadanos con el sistema sanitario y con la autoridad sanitaria*”.³⁸

Actualmente el derecho sanitario se puede entender como un campo de estudio del derecho administrativo que se encarga de vigilar la debida protección de

³⁸ Carlos María Romeo Casabona, “El derecho médico: su evolución en España”, en Carlos María Romeo Casabona, (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Comares, España, 1998, p. 4-5

la salud como un derecho fundamental que debe ser respetado por el Estado y los particulares. De esta manera el derecho sanitario es:

la disciplina jurídica que norma, regula y sanciona las obligaciones del Estado y de los particulares en relación a la sanidad general (física y mental) de las personas, y al equilibrio ecológico y protección al ambiente y los recursos naturales; a través del reconocimiento de los derechos humanos, la organización e instrumentación de instituciones que estructuran los servicios sanitarios y el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales en el marco de una política económica del Desarrollo Sostenido.³⁹

En conclusión el derecho sanitario es el medio por el cual se busca lograr el efectivo ejercicio del derecho a la salud. Aun cuando no deberían confrontarse ya que se complementan, en un momento dado el derecho humano tiene prioridad porque da contenido al otro. Un sistema administrativo ausente de fundamento puede dar como resultado carencia de objetivos y que existan acciones u omisiones que afecten los derechos humanos de manera individual o colectiva.

1.1.3. Protección jurídica del derecho humano a la salud

La salud como derecho humano ha ido tomando forma en el mundo jurídico donde se le ha reconocido en diversos cuerpos legales como un derecho fundamental. Tanto a nivel nacional como internacional existen diversos instrumentos que lo elevan a esta categoría y alrededor de ellos se han elaborado normas y organismos que más allá de su enunciación van estableciendo su contenido, generando lineamientos básicos y acciones tendientes a su promoción y protección.

En los siguientes apartados se hace mención de aquellos documentos que a nivel regional y universal reconocen la salud como un derecho humano en términos

³⁹Ramírez López, *Op. Cit.*, p. 45

generales y de los organismos que han surgido a nivel internacional cuyo ejercicio se enfoca a la promoción de la salud. Posteriormente se habla de la inclusión de este derecho dentro del marco normativo nacional.

Antes de iniciar cabe hacer el señalamiento de que pese a que se utilizan los términos *derecho a la salud* y *derecho a la protección de la salud* estamos hablando del mismo derecho humano, mientras que al hablar de *derecho al acceso a la salud*, *derecho a los servicios sanitarios*, *derecho a la atención oportuna y apropiada*, *derecho a los servicios sanitarios* o *derecho a los servicios de salud*, nos encontramos con diferentes denominaciones del mismo derecho humano en una de sus expresiones.

1.1.3.1. Instrumentos que reconocen y protegen la salud en el derecho internacional

Existen diversos instrumentos internacionales en los cuales se reconoce la salud como un derecho humano que debe ser protegido por los Estados signantes. Si bien se entiende que todas las personas tienen la obligación de promover y proteger la salud, la mayor carga de esta obligación recae sobre el Estado a través de sus órganos de gobierno a fin de garantizar el acceso en condiciones de equidad a todas las personas.

A continuación se señalan algunos de los documentos en los cuales se contempla la protección de este derecho:

- *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 y firmada el 22 de julio de ese año con el fin de dar origen a la Organización Mundial de la Salud. El 7 de abril de 1948 entra en vigor en nuestro país.
- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Esta declaración es adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. En su artículo 25 punto 1 que señala: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial...la asistencia médica."

- *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado por la Asamblea de la Naciones Unidas el 3 de enero de 1976 y en vigor en México desde el 23 de junio de 1981. En su artículo 12 señala, “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Posteriormente da cuenta de las medidas mínimas que se deben tomar para garantizar este derecho, entre ellas hay que recalcar el inciso d) “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.
- *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”*. Este instrumento surge el 17 de noviembre de 1988 posterior a la “Pacto de San José” con la finalidad de complementarlo. En vigor en nuestro país desde el 16 de noviembre de 1999. En su artículo 10 punto 1, establece “Toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público”. A continuación este mismo artículo establece las medidas mínimas que el Estado debe tomar para garantizar este derecho las cuales se basan en el acceso a los servicios de salud básicos y la prevención y tratamiento.
- *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia internacional sobre atención primaria en salud, en la URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, con la cual se busca promover un sistema de salud donde la atención primaria sea universal para alcanzar un mejor nivel de salud.

Este derecho también se contempla en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos

regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos entre otros.

Todos estos documentos reconocen la salud como un derecho humano que debe ser protegido por los Estados por su trascendencia social y como factor de desarrollo humano y económico. Desde los primeros momentos de positivización de este derecho se tomó especial énfasis en la asistencia médica y los servicios médicos como una de las más importantes expresiones de la promoción, respeto y garantía de este derecho. Además de su inclusión en los instrumentos internacionales se han generado instituciones para su protección como las siguientes:

- *Organización Mundial de la Salud*, en los diálogos para constituir la Organización de las Naciones Unidas se planteó la creación de un organismo que se abocara a los temas de salud a nivel mundial. Este surgió en 1948 bajo este nombre. Sus funciones son:

Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.⁴⁰

Este organismo pone énfasis en la enfermedad por lo que procura generar directrices para la prevención y tratamiento de aquellas que por su propagación o consecuencias son relevantes en el panorama mundial.

La propia organización estableció cuatro prioridades en materia de protección de la salud: la seguridad sanitaria mundial, promover una vida saludable reduciendo los índices de enfermedades crónico degenerativas, lograr los objetivos del milenio y lograr una *mejor atención en salud junto con acceso más equitativo a los servicios*

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Trabajar en pro de la salud*, Presentación de la Organización Mundial de la Salud, En línea, Consultado 10/04/2004, Disponible en: http://www.who.int/about/brochure_es.pdf, p. 2.

sanitarios.⁴¹ Para este último objetivo la OMS ha elaborado diversos programas tendientes a mejorar la atención con enfoque hacia el personal y las instalaciones sanitarias.

Para poner a funcionar sus programas la OMS trabaja en conjunto con los Estados Miembros y asociados que pueden ser de carácter público o privado. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un Centro Colaborador con la OMS que trabaja específicamente el programa de “Mejora en la calidad de la atención y seguridad para el paciente”. Se cuenta con la participación de algunas de las comisiones estatales del país, Colima, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo y Tlaxcala.⁴²

El programa de *Seguridad para el paciente* busca disminuir la cantidad e incluso la posibilidad de eventos adversos (daño ocasionado por intervención médica) producibles durante las acciones de atención médica a través de prácticas médicas seguras.

- *Organización Panamericana de la Salud*, es la agencia especializada en la protección y promoción de la salud en el continente Americano la cual ejerce desde 1902, siendo la organización más antigua en este rubro⁴³. Funciona como oficina regional de la OMS. En México opera una representación OPS/PAHO desde 1952 y a partir del 30 de mayo de 1984 se firmó un Acuerdo de Cooperación Técnica.

Las estrategias de cooperación OPS/OMS con México han identificado como áreas problemáticas las siguientes: el índice de mortalidad general en minorías étnicas y áreas rurales, índice de mortalidad infantil con énfasis en la infancia indígena, índice de mortalidad materna especialmente en mujeres indígenas y áreas rurales, incremento de enfermedades no trasmisibles y el aumento de hábitos y comportamientos de riesgo. Entre los programas se contemplan como áreas de oportunidad para combatir la problemática identificada, la *Cruzada nacional por la*

⁴¹ *Ibid* p. 1.

⁴² CONAMED “Conamed Centro colaborador de la OMS”, Disponible: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/index.html#!prettyPhoto\[gallery\]/1/](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/index.html#!prettyPhoto[gallery]/1/), Consultado el 27/09/13

⁴³ Pan American Health Organization “What is PAHO?”, Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=en, Consultado el 10/04/2014.

calidad de los servicios médicos, pero a su vez se considera como desafío del sistema nacional de salud asegurar una alta calidad en los servicios.

Si bien la calidad en la prestación de servicios médicos no se presenta como un problema de salud en México, sí se percibe esta como una herramienta necesaria para permitir un verdadero acceso a este derecho. En términos generales se puede decir que las funciones de ambos organismos se dirigen a “hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses” en materia de salud.⁴⁴

- *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. Este programa ha sido desarrollado por la OMS desde 2004 y en conjunto con la OPS se ha puesto en funcionamiento en diferentes países. Fue creado con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad para el paciente en todo el mundo. Su finalidad es evitar eventos adversos en las acciones de atención médica.⁴⁵

Una de las seis esferas de trabajo dentro de la Alianza es la denominada *Pacientes en defensa de su seguridad*, que con el mismo enfoque promueve en pacientes prácticas que garanticen el menor número de incidencias derivadas de la atención médica. Además procura una participación activa por parte de la comunidad receptora de los servicios médicos en su integración y conformación.

En nuestro país dicho programa se ha materializado en la Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente⁴⁶, la cual busca lograr mediante el trabajo un conjunto de instituciones, prestadores de servicios y sociedad en general con la finalidad de lograr que cada paciente en México reciba una atención segura y de calidad.

Podemos identificar tanto la inserción del derecho a la salud en la normativa internacional como el reconocimiento expreso del derecho al acceso a los servicios

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud/México, “OPS/OMS México”, Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=747&Itemid=296 Consultado el 10/04/14.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, “Seguridad del Paciente”, Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>, Consultado el 10/04/14.

⁴⁶ VÁZQUEZ, Evangelina, “Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad, A.C.”, Disponible en: <http://www.paginasprodigy.com.mx/curiel08eva/>, Consultado el 10/04/2014.

de salud como un derecho fundamental para el cual se han creado organismos internacionales que realizan y buscan implementar programas para su protección. Sin embargo, la postura sigue tendiendo al manejo de este bien desde los profesionales sanitarios aunque se intenten acciones que incluyan al paciente en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Esta forma de protección excluyente refuerza la idea de concebir la salud como algo ajeno a la persona siendo el único autorizado para conocer sobre el tema el profesional sanitario.

1.1.3.2. El derecho a la salud en México

Aun cuando México forma parte de la Organización Mundial de la Salud desde 1948 y en ese mismo año firmó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es hasta el 3 de febrero de 1983 cuando se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto mediante el cual se reformaba el artículo 4° Constitucional adicionándosele un párrafo para quedar de la siguiente forma:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La Constitución adopta este derecho, pero no lo define remitiendo a una ley secundaria para su formulación y aplicación. La Suprema Corte de Justicia de la Nación hace una interpretación teleológica de este derecho dando una descripción de la finalidad del legislador ordinario al positivizarlo en el texto constitucional:

-Este es- un derecho del que, sin distinciones de ninguna especie, goza toda persona y toda colectividad que se encuentren en el territorio nacional...En sí, lo que este párrafo protege no es la salud per se, sino la

posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad, a servicios dignos que la atiendan en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia⁴⁷

Es decir, es un derecho que en primer lugar se refiere a la posibilidad de acceder a determinados servicios, para ello la misma Corte señala que a la par de este derecho nace una imposición para el Estado de generar un marco normativo (e incluso administrativo) que asegure que estos servicios sean *adecuados y suficientes* a fin de que no se cause una menoscabo a la dignidad de las personas. De igual manera al hacerlo efectivo se busca mediante el derecho disolver las condiciones de hecho que generar desigualdad y de esta manera proteger la igualdad que contempla el artículo 1º Constitucional, como señala la Suprema Corte “Aun cuando haya sido denominado social, es un derecho al que se puede hacer extensiva la previsión de igualdad”⁴⁸. De lo anterior se desprende que forma parte de los derechos sociales lo que lo convierte en un derecho progresivo.

Es un derecho social y prestacional que dota de atribuciones al Estado que asume la rectoría sanitaria a través de la administración pública para “proporcionar, propiciar y garantizar las condiciones necesarias a efecto de que la salud de la población este protegida, en los mejores niveles de prevención, educación, detección, tratamiento y rehabilitación”⁴⁹ para lo que debe considerar y afrontar diversos temas como el manejo y distribución de recursos, métodos idóneos de prevención y tratamiento, cumplimiento de las disposiciones legales nacionales e internacionales para elevar el nivel de la salud y la calidad en los servicios, etcétera.⁵⁰

Ante estas obligaciones existen solo dos límites, en primer lugar si bien tiene el deber de proporcionar los medios para acceder a este derecho, no se le puede exigir dar o devolverla salud tal cual, en segundo lugar, una imposibilidad técnico-

⁴⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Las garantías de igualdad*, México, Poder Judicial de la Federación, 2003, p. 76-77

⁴⁸ *Id.*, p. 77

⁴⁹ MELGAR, Mario y PÉREZ, Miguel, “Derecho de la Salud” en VALADÉS, Diego, *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, t. XII, México, IJ-UNAM, 2002, p. 21.

⁵⁰ RUIZ, José, citado por Melgar Adalid, *op. cit.*, p. 6.

económica que condiciona el cumplimiento a la existencia de los instrumentos, equipos o técnicas y la disponibilidad de los recursos económicos. En este último punto existe para el Estado una obligación de planificar y distribuir los recursos de la manera más eficiente posible ya que no puede excusarse en el pretexto de que determinada medicina o tratamiento es sumamente costoso para excusarse de sus obligaciones.

Cabe señalar que la Ley General de Salud que reglamenta el artículo 4° Constitucional en su artículo 1 Bis (reformado el 4 de diciembre de 2013) retoma el concepto de *salud* de la OMS del que ya se ha hablado anteriormente. Esta ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. No existen divergencias entre la interpretación de los órganos internacionales y la realizada por el Estado Mexicano, en ambos casos se considera un derecho social que no garantiza la salud sino los medios para acceder a esta en condiciones de equidad.

Como ya se señaló en materia de salud existe una competencia concurrente del Estado y la Federación. En la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, en el Título Segundo De los Principios Constitucionales, Artículo 12, párrafo segundo se señala “El estado protegerá y promoverá el derecho fundamental a la salud de sus habitantes. La ley establecerá programas y estrategias basadas en la educación para la salud y en la participación comunitaria”. Es importante resaltar que a nivel local la constitución estipula la participación social en las políticas sanitarias, sin embargo esto no se ve reflejado, especialmente en el órgano de estudio como se verá más adelante.

También a nivel local una Ley de Salud, la cual en su artículo primero señala “La presente ley regula el ejercicio del derecho a la salud que se fundamenta en los principios de igualdad entre mujeres y hombres; no discriminación, y respeto a la dignidad y libertad de las personas...” posteriormente reproduce lo señalado en la constitución sobre el derecho a la protección de la salud. Además de que en el Estado se utiliza la expresión derecho a la salud, se contienen principios que dan prioridad a la autonomía del paciente y buscar fomentar su participación y que buscan la equidad al momento de acceder a este derecho.

1.2. Regulación de los servicios de salud

Todo lo relativo a la protección del derecho a la salud tiene como fuente el artículo 4º de la constitución, la cual remite a la LGS donde se establecen las bases y modalidades para acceder a ella y una competencia concurrente de la federación y los estados. En ella se señalan que la finalidad es la búsqueda de la protección y desarrollo de la dignidad humana, a través de la protección de valores como bienestar, calidad de vida, desarrollo social, etcétera, lo que es compatible con la comprensión de este derecho como un factor determinante en el desarrollo y bienestar individual y comunitario.

Los tópicos materia de salubridad general se encuentran enunciados en el artículo 3º de la LGS, entre ellos la atención médica y la prestación de servicios de salud a diferentes niveles. Para que los estados y la federación cumplan con sus obligaciones de manera coordinada se estructura todo un sistema sanitario en el cual se han instituido autoridades sanitarias las cuales son responsables de instaurar, ejercer y vigilar el Sistema Nacional de Salud con el fin último de procurar y preservar el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4º constitucional.

Se maneja un sistema de jerarquías en cuya cúspide se encuentra el Presidente de la República como principal responsable y facultado para intervenir de manera directa en cualquier asunto relacionado con la salud. Le sigue el Consejo de Salubridad General que depende directamente del Presidente de la República y que tiene a su cargo la vigilancia de rubros prioritarios en materia de salud como el proceso de medicamentos u opinar sobre programas y proyectos de investigación sobre la salud.

Bajo ellos se encuentra la Secretaría de Salud, la cual coordina directamente el Sistema Nacional de Salud y además está facultada para prestar servicios en materia de salubridad general y vigilar su cumplimiento, organizar y realizar los servicios de salud a su cargo. Por último a nivel local se encuentran los gobiernos de los estados a quienes les corresponde *organizar, operar, supervisar y evaluar* los servicios de salubridad general. En los estados la máxima autoridad sanitaria es el Gobernador. En nuestro estado según la LES las autoridades sanitarias bajo el

Gobernador son la Secretaria de Salud órgano centralizado de la administración pública que coordina el Sistema Estatal de Salud entre otras funciones y los Servicios de Salud organismo público descentralizado del gobierno del Estado responsable de operar los servicios de salud a la población abierta.

La estructura sanitaria se denomina Sistema Nacional o Estatal de Salud según sea el caso y tiene su fundamento en la LGS o en la LES respectivamente. Su finalidad es coordinar los diferentes sectores de prestación de servicios de sanitarios a todos los niveles para lograr la efectiva protección de este derecho. La primera está formada por “las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, por las personas físicas y morales, ya sean del sector social o privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones”⁵¹. Lo mismo sucede con el SES pero exclusivamente a nivel local.

1.2.1. Servicios de Salud y atención médica

Como ya se señaló una de las expresiones específicas del derecho a la protección de la salud es la prestación de servicios de salud o servicios médicos. Este apartado se desarrolla con el fin de comprender la diferencia entre el acto médico y los servicios de salud.

Los servicios de salud son definidos por la LGS y en la LES como “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”⁵². Estas acciones se concentran en un organismo que es instituido y subordinado al poder ejecutivo, para ordenar y administrar los bienes económicos, materiales y humanos de la sociedad con el fin de vigilar el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud.

En nuestro país se puede acceder a los servicios de salud a través de instituciones públicas, instituciones de seguridad social, instituciones privadas,

⁵¹ Artículo 5º de la Ley General de Salud

⁵² Ley General de Salud, artículo 23

instituciones sociales y aseguradoras⁵³, todas estas forman parte del sistema sanitario. La LGS Salud en su artículo 24 y la LES en su artículo 22, clasifican los servicios de salud o sanitarios en los siguientes:

- De atención médica;
- De salud pública, que se ocupa de la salud de toda la población, por ejemplo, saneamiento, control de enfermedades transmisibles, educación e higiene personal, etcétera, y;
- De asistencia social, que incluye acciones para mejorar las circunstancias de carácter social que impidan a la persona un desarrollo integral.

Los servicios de salud son el género y lo anteriormente mencionados son la especie. De ellos es de particular interés para esta investigación *el acto médico* al igual que los servicios médicos los cuales consideramos como sinónimos por las razones que se expondrán a continuación. La definición de atención médica la encontramos en la norma, mientras que el concepto de acto médico se maneja en la doctrina, la norma define atención médica como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”⁵⁴. Aunque los conceptos de Servicios de Salud y de Atención Médica contemplan las mismas acciones la diferencia entre ambas radica en que la primera va dirigida al individuo y a la colectividad y la Atención Médica exclusivamente al individuo, tanto en la normativa federal como la local.

Existe también el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en la cual se distingue entre atención médica bajo el mismo concepto antes señalado y los servicios de atención médica que entiende como el “conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos”⁵⁵.

Por otro lado, doctrinariamente el acto médico se define como:

⁵³De La Torre Rangel, *Op. Cit.*, p. 37 y 38

⁵⁴Ley General de Salud, artículo 32

⁵⁵Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 7°

Es el conjunto de actos, operaciones o tareas propias, desarrollados por los médicos y demás profesiones sanitarias, que normalmente tienen lugar sobre el cuerpo humano y que tienden, directa o indirectamente, a la conservación, mejora y, en general promoción de la condiciones de la salud humana, individual o colectiva, en todas sus facetas, físicas, psíquicas y sociales⁵⁶.

De la atención médica o del acto médico surge una relación que usualmente se denomina como relación médico-paciente, aunque también se aplican los términos relación prestador-usuario de servicios médico y relación clínica. Esta relación ha ido variando a lo largo de la historia de la humanidad y se aborda en el siguiente apartado.

1.2.1.1. La relación clínica

Esta se clasifica de diferentes maneras. Una de ellas la expone Julio Galán⁵⁷ siguiendo a Linda L. Emanuel quien reconoce cuatro modelos de relación médico paciente que son:

- El modelo paternalista, donde todas las decisiones quedan a cargo del profesional sanitario y donde el rol del paciente es la aceptación pasiva.
- El modelo informativo, donde el profesional de la salud actúa como experto técnico cuya función es poner de conocimiento al paciente sobre toda la información que le concierne respecto a su padecimiento y acciones a seguir, sin opinar ni ayudar al paciente con su decisión.
- El modelo interpretativo, en cual el profesional sanitario informa y auxilia al paciente a comprender esa información y al proceso de decisión desde el punto de vista del paciente.

⁵⁶J. Ataz López, citado por Fidel Herminio López, *et al*, *El ejercicio de la medicina apegada a derecho médico*, México, Themis, 2010, p. 3

⁵⁷ Julio César Galán Cortés, "Bioética y consentimiento informado", en *Bioética Práctica*, Juan Méjica (Coord.), España, Colex, 2000, p. 75 y 76

- El modelo deliberativo, en el cual además de informar y explicar, se lleva a cabo un proceso de toma de decisión donde el profesional sanitario y el paciente participan conjugando sistemas de conocimiento y valores de ambos.

Este último modelo se considera el mejor para desarrollar la relación clínica porque fortalece la relación además de dar lugar a mejores decisiones. La aplicación de este modelo se complejiza en sociedades acostumbradas al paternalismo (no solo médico sino también en otros ámbitos), con un nivel académico deficiente y con una saturación de los servicios.

Actualmente el ejercicio de la medicina está basado en un método conocido como medicina basada en la evidencia⁵⁸, que parte del uso racional y actualizado de la evidencia clínica contrastada por medios científicos a fin de que los conocimientos obtenidos y aplicados cuenten con la mayor certeza posible.

En la relación clínica intervienen diferentes sujetos aunque desde la concepción paternalista, en el acto médico solo intervienen dos, el médico y el paciente, pero actualmente no se limitan a este binomio, por la complejidad de las relaciones e instituciones y la especialización de los profesionales de la salud, la atención médica implica la participación de diferentes actores.

Los sujetos que intervienen en el acto médico se pueden clasificar en principales y secundarios⁵⁹, según el grado de participación en los procesos de promoción, diagnóstico y/o curación. Los sujetos principales son: el paciente/usuario y el prestador de servicios médicos, el cual puede ser una persona o un equipo de trabajo. Los sujetos secundarios: las instituciones de salud y todo su personal sanitario y administrativo y terceros interesados como la familiares o los abogados cuando se presenta un conflicto, incluso la comunidad en la que se desenvuelve el paciente puede verse afectada o interesada. Por ello debe considerarse el conflicto como algo que trasciende afectados y buscar soluciones que vayan más allá atenuar la controversia entre las partes.

⁵⁸ Gloria Ma. Tomás Garrido, *Op. Cit*, p. 223.

⁵⁹ *Cfr. López López, op. cit.*

Cabe hacer mención que el rol del *paciente* actualmente ha dejado de ser pasivo, pues en concordancia con la evolución de la concepción de la salud y de la práctica médica el paciente se ha emancipado o busca hacerlo, se identifica como sujeto de derechos e interviene activamente en el proceso de la atención médica.

A. La comunicación en la relación clínica

Como todas las relaciones humanas, esta se basa en la comunicación. Quizás la particularidad propia de ésta se encuentra en dos factores: las expectativas creadas por ambas partes respecto a cómo debe funcionar la relación y la desigualdad de los intervinientes basada mayoritariamente en la aparente imposibilidad de emparejar criterios objetivos de una parte (supuestamente con base científica) con los criterios subjetivos de la otra.

Los sistemas de relación entre el médico y el paciente se sitúan en posiciones diferentes, competencia técnica por un lado, e interés de ser escuchado y comprendido por otro. Los médicos parten de una perspectiva intelectual mucho más técnica desde la que observan y entienden la enfermedad. Los pacientes esperan, no solo que les curen las enfermedades, sino que comprendan su experiencia de enfermedad, que reconozcan la dimensión personal de enfermar.⁶⁰

Esta relación está marcada por el *choque de dos saberes*, que en tanto diferentes no implica que uno sea más válido que otro. Uno de los principales problemas que surge entre el profesional de la salud y el paciente es la diferencia de objetivos de cada uno, pues mientras el médico busca los factores que orgánicamente llevan al paciente a solicitar su intervención para posteriormente realizar un diagnóstico y tratamiento, el paciente busca un remedio para su padecimiento el cual puede ir más allá de cualquier afectación física o mental

⁶⁰ MAESTRO, Begoña, *Op. Cit.*, p. 179.

Ha pasado de ser pasiva, a una actividad cada vez más responsable, fruto de los cambios sociales que afectan a la sociedad en general, la cual se ha vuelto más dinámica, reivindicativa, activa y, en definitiva, más exigente...El enfermo quiere que le consideren, y se considera, un ser adulto y responsable, que salvo excepciones, debe tomar las decisiones sobre su enfermedad, para lo cual demanda más información, más dialogo y una atención más humana.⁶¹

La relación clínica debe reformularse a partir de la renovación de los objetivos de la misma. Buscar un ser humano sano física y mentalmente, de manera que pueda conseguir el bienestar individual y social en todas las facetas de la vida como son familiar, laboral, intelectual, etcétera, pero sobre todo un ser autónomo y libre, capaz de tomar las decisiones que conciernen a su cuerpo y a su vida.

1.3. Conclusiones

En este capítulo se desarrollan los conceptos teóricos que se relacionan con la Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de San Luis Potosí en materia de derecho a la protección de la salud para comprender la naturaleza el bien jurídico que se pretende proteger con dicho organismo y esta manera entender el objeto de la misma.

En primer lugar concluimos que la salud es un bien deseable por cualquier persona y sociedad, se le considera tanto como un medio para lograr otros bienes y como un fin en sí mismo determinante de una calidad de vida, es un derecho humano y un bien jurídicamente protegido. Su estudio se puede abordar desde diferentes enfoques, ya que este es un derecho complejo cuyas facetas aunque relacionadas pueden ser muy diferentes entre sí.

⁶¹ *Idem*, p. 191.

Para las ciencias sociales la salud está compuesta por elementos objetivos y subjetivos y se ve influida por factores como la sociedad, la económica, etcétera. Esto es relevante pues la protección de dicho bien implica el conocimiento de sus cualidades a fin de que las acciones tendientes a esto sean efectivas. Para el derecho, el concepto de salud que postula la OMS sirve como punto de partida para la instrumentación de su protección como un bien jurídicamente reconocido, de ello se generan programas, lineamientos, investigaciones y acciones.

Más allá de las observaciones que se puedan realizar a dicho concepto hay que reconocer que la salud es un concepto multidimensional de manera que su comprensión no puede basarse únicamente por los conocimientos que generan las ciencias biomédicas. Esta apropiación del conocimiento ha llevado a que la salud se convirtiera en algo ajeno a la persona negando su experiencia como un algo relevante para la práctica médica y generando un capital de conocimiento en manos de una élite que ha servido (incluso actualmente) para generar y perpetuar relaciones verticales y de dominación.

Aunque la OMS no enuncia el carácter dinámico de dicho concepto si lo reconoce como multidimensional lo que implica también el reconocimiento tácito del principio de autonomía sobre el de beneficencia que primaba anteriormente. Esto va a la par de la tendencia de las sociedades actuales a la búsqueda de la democracia, donde las personas y comunidades sean consideradas como entes libres y maduros capaces de tomar decisiones y participar en la vida política del país, como lo expresa María Casado:

Naturalmente el movimiento a favor de la autonomía de las personas es algo que trasciende el mundo de la sanidad: se constituye en el rumbo general civilitario y es la señal de madurez de personas y sociedades. De la heteronomía a la autonomía. Necesariamente es así en el terreno de la

ética, pero también en el derecho y la política: de la asignación de estatus a la autonomía de la voluntad, de la dictadura de la democracia.⁶²

Sin embargo esto choca en la realidad mexicana con la práctica de una medicina que aun tiende al paternalismo médico aunado al hecho de existir sectores con deficiencias educativas y económicas que nulifican o merman esta autonomía. De este modo las políticas públicas basadas en este principio para una sociedad con características como la sociedad mexicana no son solo irreales sino también ineficaces.

También se señala que la identificación de bienestar con felicidad, carente de parámetros que identifiquen los mínimos deseables respecto a la salud ha generado falsas expectativas y frustración por parte de usuarios y prestadores de servicios médicos. Además presenta una oportunidad a la autoridad para desligarse de sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir donde argumentando la ambigüedad del término generan acciones que carecen de un estándar que permitan verificar el efectivo cumplimiento o basan el fracaso de estas en la imposibilidad de alcanzar dicha meta.

Todo el Sistema Nacional de Salud en México funciona bajo la definición de salud de la OMS. La COESAMED no es la excepción y nos encontramos ante un organismo que se constituye a partir del principio de autonomía del paciente y funciona dentro de un sistema paternalista y ejerce sus funciones de la misma manera. Por otra parte, pese a que identifica la frustración que surge por esta definición y que genera fricciones entre los sujetos de la relación clínica, tiende a obviar el papel del Estado en dicha problemática al desaparecerlo y haciendo responsables del conflicto únicamente a los actores directos.

Es importante considerar la OG14, donde se interpreta el derecho *al más alto nivel posible de salud*. El reconocimiento de este como un derecho inclusivo implica que el completo cumplimiento de este derecho se dará a través de la garantía que aquellos factores que la determinan para lo cual debe contar con cuatro

⁶² María Casado, "Hacia una concepción flexible de la bioética", María Casado (Comp.), *Estudios de bioética y derecho*, España, Tirant Lo Blanch, 2000, p. 31

características que son: a) disponibilidad, b) accesibilidad, c) aceptabilidad, d) calidad. Sin embargo, nuestro país solo ha tomado en cuenta la accesibilidad y algunas ocasiones la calidad. Aunque son características correlacionadas de manera que el cumplimiento de una requiere el cumplimiento de las otras, su enunciación expresa en el marco normativo o en su defecto en los programas y acciones, implica un énfasis en la búsqueda de su cumplimiento.

Por otra parte las obligaciones del Estado de respetar, proteger y cumplir, son expresiones de las características de las diferentes generaciones de derechos. El *respeto* implica la abstención del Estado de causar daño, mientras las otras dos requieren acciones directas para su cumplimiento. Respecto a la obligación de *cumplir* el estado mexicano crea el SNS pero no basta su instauración requiere una continua vigilancia y actualización para que sea efectivo. Por último la obligación de *proteger* conlleva una perpetua vigilancia del estado a través del SNS para evitar que terceros impidan el ejercicio de este derecho.

En este capítulo se explico de manera breve cómo funciona el marco jurídico y administrativo encargado de la tutela del derecho a la protección de la salud. Se hace énfasis de que este no se debe confundir con el derecho sanitario pues el cumplimiento de toda la normatividad en la materia no implica la verdadera protección de este derecho, como se comentaba anteriormente, en esto radica la importancia de conocer el bien jurídico que se está protegiendo en este caso.

Dentro del SNS se insertan los servicios de salud y en estos últimos los servicios de atención médica los cuales son la materia de estudio específico de la COESAMED. Estos dan origen a la relación clínica y son todas aquellas acciones tendientes a buscar la salud del individuo, aunque cabe preguntarse en la práctica que se entiende por salud. La relación clínica ideal está basada en el modelo deliberativo de cooperación de las partes que acorde a la evolución de la sociedad y en busca de figuras más democráticas atiende a la autonomía del paciente pero basada en una comunicación en términos de equidad y reciprocidad. Esta relación requiere de un ambiente propicio para ser real que no depende solo del profesional sanitario o del usuario de servicios médico sino de toda la sociedad en su conjunto.

La COESAMED como organismo del SNS, tiene como objetivo proteger la salud, la cual debiera comprender como un concepto multidisciplinario y dinámico que atiende la autonomía del paciente y que cuya definición no es exclusiva del prestador de servicios médicos. Por otra parte debería estar atenta a las obligaciones del Estado respecto a este derecho, a las irregularidades u omisiones de carácter legislativo, administrativo o de cualquier índole que afecten el acceso a este derecho y obligarle a hacer modificaciones para que exista un verdadero ejercicio de este derecho. La COESAMED se dedicó la mayor parte de sus acciones a la resolución de conflictos sin embargo no genera acciones tendientes a modificar la relación clínica promoviendo la autonomía del paciente y las relaciones en un plano de equidad entre las partes. De esta manera ya sea de manera activa o por omisión contribuye a perpetuar las relaciones de desigualdad entre las partes.

CAPÍTULO SEGUNDO

INSTITUCIONES PROTECTORAS DE DERECHOS HUMANOS Y LOS ORGANISMOS ESPECIALIZADOS EN LA DEFENSA DE UN DERECHO HUMANO

SUMARIO: 2.1. Introducción: instituciones protectoras de derechos humanos, 2.1.1. Organismos protectores de derechos humanos, 2.1.2. Instituciones protectoras de derechos humanos en México, 2.1.2.1. Organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos, A. Algunas características de las Comisiones de Derechos Humanos en México, 2.2. Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones de Derechos Humanos para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de París, 2.2.1. Organismos no jurisdiccionales especializados, 2.3. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2.4. Conclusiones

2.1. Introducción: instituciones protectoras de derechos humanos

Históricamente, las sociedades han ensayado diversos modelos de gobierno y organización jurídico-administrativa en diferentes lugares del mundo con mayor o menor éxito. En todos los casos, se han visto afectados los derechos básicos de los seres humanos a favor del fortalecimiento de dichos sistemas. Esta transgresión en algunos casos derivó en acontecimientos que han calado fuertemente en la humanidad, que afectaron la dignidad humana e incidieron en la violación de los derechos humanos y el uso excesivo de la violencia⁶³.

Estas situaciones han llevado a replantear instituciones sociales, económicas y políticas, en busca de herramientas para garantizar a las personas un libre desarrollo y bienestar. Es por ello que los discursos basados en el respeto, la tolerancia y la paz son actuales y pertinentes. Además, la sociedad está conformada por ciudadanos cada vez más conscientes de su papel dentro del Estado y de su obligación de participar activamente en la conformación del mismo.

Toda democracia supone el reconocimiento y respeto de los derechos humanos así como la creación de instituciones que hagan su ejercicio y cumplimiento efectivo, si bien su protección es una tarea que compete a todas las personas, la

⁶³ Existen una diversidad de instrumentos, organismos y programas que surgen para proteger un derecho sistemáticamente violado como son los relativos a los derechos de las mujeres, migrantes, niños, etcétera. En el campo de la salud ha sucedido lo mismo, aunque de manera general está considerado como un derecho humano en diversos instrumentos internacionales, algunas situaciones específicas de violación a los derechos humanos han dado origen a documentos como los Principios de Núremberg o la Declaración de Helsinki en materia de investigación sobre humanos o la Declaración de Alma-Ata en materia de servicios de atención básica.

mayor obligación recae en el Estado; lo cual se ha reiterado en diversos tratados y declaraciones de DH. Éste debe organizarse de manera que genere diversos medios de control y las herramientas legales necesarias para su protección, además de tener a su cargo su promoción.

En este sentido, los derechos humanos son la sustancia de la democracia... Tanto la globalización como las características de cada país, aunados a las luchas de los pueblos, han propiciado un “experimentalismo institucional” acarreado la realización de distintos diseños del Estado. Entre estos “experimentalismos” se encuentran las diversas instituciones públicas protectoras de los derechos humanos.”⁶⁴

Instituciones que gozan de cierta autonomía y cuentan con facultades suficientes para vigilar, proteger y promover el respeto y acceso a los DH. Hay que considerar que en términos generales desde el Estado se han creado diferentes herramientas jurídicas que tienen como finalidad la protección de los derechos humanos de las cuales se hará referencia brevemente en el siguiente apartado.

2.1.1. Organismos protectores de derechos humanos

Los organismos protectores de derechos humanos o instituciones⁶⁵ –públicas/nacionales- de derechos humanos comienzan a surgir en todo el mundo desde el siglo XX y con mayor auge en la década de los noventa. Son organismos que fuera del ámbito de la judicatura tienen competencia para conocer y decidir en la materia. Con distintas denominaciones como Comisiones de Derechos Humanos o Defensores del pueblo, su finalidad es la protección y promoción de estos derechos, se puede definir como:

⁶⁴ ROSILLO, Alejandro, “Perspectivas de consolidación del *ombudsman* en San Luis Potosí”, en ROSILLO, Alejandro (Coord.), *El fortalecimiento del ombudsman en San Luis Potosí*, p. 169

⁶⁵ En este apartado se utiliza el término institución con dos voces diferentes. En este caso se entiende institución como “actos de establecimiento o de investidura, ente público” (“Institución” en IJJ-UNAM, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo II, Porrúa, México, 2007, p.2065)

-es- el organismo en el cual su titular es un funcionario público de alto nivel, quien actúa con independencia, pero es responsable ante el Poder Legislativo; recibe quejas en contra de autoridades y funcionarios, las investiga y emite recomendaciones, y periódicamente rinde cuentas sobre el cumplimiento de éstas⁶⁶

El representante de estos organismos suele identificarse como ombudsman u ombudsperson. El término ombudsman proviene de Suecia y significa “representante”, “guardián” o “medidor”⁶⁷; surge como una especie de supervisor de faltas administrativas con la finalidad de proteger a la ciudadanía de actos de abuso de autoridad. A partir de ello existen varias experiencias en distintos países que fueron derivando a la protección de los derechos humanos inspirados en esta figura. Doctrinalmente se han clasificado tres modelos ombudsman⁶⁸:

- El modelo clásico cuyas funciones se remitían a la vigilancia administrativa en sentido amplio, es decir, además de la legalidad analizar si las actuaciones de la autoridad estaban realizadas conforme a la justicia, la equidad y la razonabilidad.
- El ibérico que además las funciones anteriores tiene a su cargo la tutela de los derechos humanos, y;
- El latinoamericano que abarca las funciones de los modelos anteriores pero también busca la creación de una cultura de los derechos humanos por lo que promueve, difunde y enseña dichos derechos. Este último se ha tomado como modelo en nuestro país para la conformación de nuestras comisiones de derechos humanos

⁶⁶CARPIZO, Jorge, “El sistema nacional no-jurisdiccional de defensa de los derechos humanos en México: algunas preocupaciones” Anuario de Derechos Humanos, Nueva Época, Núm. 10, Universidad Complutense de Madrid, 2009, p. 87.

⁶⁷CASTAÑEDA, Mireya, *La protección no jurisdiccional de los derechos humanos*, CNDH, México, 2011, p. 11.

⁶⁸NATARÉN, Carlos F. “Otros instrumentos de protección: ombudsman” en AAVV, *Derecho procesal constitucional, tendencias y perspectivas*, México, Programa de Cooperación Unión-Europea-México, Fortalecimiento y Administración de Justicia, México, 2006, pp. 114-115.

Por su parte la Organización de las Naciones Unidas desde los años sesentas ha incitado a los países a instaurar organismos de protección de derechos humanos al interior de sus jurisdicciones. En 1978 la Comisión de Derechos Humanos organizo en Ginebra, Suiza un Seminario sobre Instituciones Nacionales y Locales de Promoción y Protección de los Derechos Humanos donde se determinaron los lineamientos generales que deben seguir estos organismos emitiéndose para tal efecto la recomendación 33/46.⁶⁹

En 1991 el Centro de Derechos Humanos organizo una reunión a fin revisar dichos principios a la cual asistieron representantes de diversos sectores sociales desde representantes de los Estados hasta representantes de organizaciones no gubernamentales. De esta derivaron los Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de París, cuyas conclusiones se plasmaron en la resolución 48/134 de 1993.⁷⁰

2.1.2. Instituciones protectoras de derechos humanos en México

En este apartado se entiende como *institución* al “conjunto de reglas, normas, valores y costumbres que rigen un cierto comportamiento social claramente identificado”⁷¹. Pese a que puede considerarse que todo sistema jurídico tiene entre sus finalidades la protección de los derechos humanos de cada persona, estos sistemas han creado instituciones cuya finalidad es específicamente la protección de estos derechos, las cuales han surgido acorde a las doctrinas jurídicas y necesidades específicas del lugar en donde se originan.

En nuestro sistema jurídico nacional se reconoce la existencia de instituciones protectoras de derechos humanos, con características propias y procedimientos desarrollados específicamente para hacer exigibles estos derechos. A estas instituciones se les clasifica como jurisdiccionales y no jurisdiccionales. Las jurisdiccionales como su propio nombre lo indica son aquellas que se desarrollan

⁶⁹ CASTAÑEDA, *op. cit.*, p.17.

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ “Institución” en IJ-UNAM, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo II, Porrúa, México, 2007, p.2066

dentro del ámbito de competencia de los organismos pertenecientes a la judicatura y su mayor característica es el efecto vinculante de sus determinaciones.⁷²

Héctor Fix-Zamudio clasifica las instituciones jurisdiccionales en medios directos y medios indirectos. Los medios indirectos son aquellos “conferidos expresa o implícitamente a los justiciables por las normas constitucionales, con el objeto de que puedan obtener las condiciones necesarias para la resolución justa y eficaz de las controversias en las cuales intervienen”⁷³ denominadas también garantías procesales.

Por otra parte los medios directos se refieren a acciones o procedimientos jurisdiccionales creados específicamente para proteger los derechos humanos a través de la interpretación y aplicación de las normas constitucionales. Estos son: el juicio de amparo, las controversias constitucionales, las acciones de inconstitucionalidad y el juicio político.⁷⁴

Por su parte y atentos a la primera clasificación, existen también instituciones no jurisdiccionales de protección de derechos humanos, las cuales son de carácter administrativo, trabajan fuera del ámbito de competencia de la judicatura y pueden conocer y actuar en materia de derechos humanos. De estas se hablara en el siguiente apartado.

2.1.2.1. Organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos

Los OPDH no son algo ajeno al sistema jurídico mexicano ya que existen diversas experiencias de organismos creados con la finalidad de proteger a las personas frente a los abusos de poder. Se considera que uno de los primeros antecedentes de estas se encuentra en la figura establecida por Ponciano Arriaga conocida como Procuraduría de Pobres (1847). También se ha llegado a considerar a la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) creada en 1974 como un organismo descentralizado con personalidad y patrimonio propio y cuya principal

⁷²CASTAÑEDA, *op. cit.*, p. 20-21

⁷³Cit. OVALLE, José, *Teoría general del proceso*, México, Porrúa, 2010, p. 85

⁷⁴*Idem*, p. 79

función es hasta la fecha la protección de los derechos de los consumidores como otro de los antecedentes de dichas instituciones⁷⁵.

Sin embargo la instalación de INDH como se comprenden a través de los Principios de París es relativamente reciente. Se considera que la Dirección General de Derechos Humanos dependiente de la Secretaría de Gobernación (1989) es el antecedente directo de la actual CNDH. El 6 de junio de 1990 se crea por decreto presidencial la Comisión Nacional de Derechos Humanos como organismo desconcentrado de la Secretaría de Gobernación. El 28 de enero de 1992 se publica una reforma a la Constitución Federal en el Diario Oficial mediante la cual se adiciona un apartado B al artículo 102 para elevar a nivel constitucional a la Comisión Nacional de Derechos Humanos además de contemplar la creación de Comisiones Estatales. Esto da origen a dos jurisdicciones en materia de derechos humanos, una federal y otra local, a diferencia de otros países en los cuales se cuentan con un solo organismo para todo el país. Esto dio origen a que de dichos organismos en nuestro país se multiplicaran.

El contenido de este artículo 102 apartado B Constitucional, ha sido modificado en 2 ocasiones siendo la última y quizás más importante la del día 11 de junio de 2011. Esta reforma dirigida a buena parte del texto constitucional genero varios cambios en materia de derechos humanos como es el reconocimiento expreso de los tratados internacionales como derecho positivo vigente y la instauración del principio pro-persona. Respecto al artículo 102, pese a que permanece el carácter no vinculante de las recomendaciones, estas tienen ahora una mayor fuerza pues de no cumplirse se le obliga a la autoridad a justificarse públicamente fundando y motivando su actuar.

Las Comisiones de Derechos Humanos en nuestro país son instituciones independientes de los poderes del Estado, con autonomía técnica, personalidad

⁷⁵Algunas más son: la Dirección para la Defensa de los Derechos Humanos en Nuevo León (1979), la Procuraduría de Vecinos en Colima (1983), la Defensoría de los Derechos de los Universitarios de la Universidad Autónoma de México para la protección de los derechos de los universitarios (1985), la Procuraduría para la Defensa del Indígena en Oaxaca (1986), la Procuraduría Social de la Montaña en Guerrero (1987), la Procuraduría Social en el Distrito Federal (1989) y la Dirección General de Derechos Humanos dependiente de la Secretaría de Gobernación (1989).

jurídica, patrimonio propio y facultad para proteger y promover los derechos humanos. Si bien sus decisiones no tienen fuerza vinculante su influencia radica en una fuerza moral que se hace valer sobre la autoridad culpable a través de la publicidad de sus recomendaciones.

A. Algunas características de las Comisiones de Derechos Humanos en México

Siguiendo a Jorge Carpizo⁷⁶, entre las atribuciones que tienen estas instituciones quizás la más importante es la facultad para emitir recomendaciones aun cuando estas carezcan de carácter vinculante, así como la facultad para realizar conciliaciones. En coincidencia con el modelo latinoamericano las Comisiones tienen entre sus atribuciones la promoción y educación en derechos humanos. Para Luis González, esta es una de sus prerrogativas más importantes, que las diferencia de otros medios de protección ordinarios al dar “orientación, divulgando y difundiendo los temas de derechos humanos, tratando de generar un aprendizaje social sobre el tema”.⁷⁷

En México, una característica particular de la cual se revisten estas instituciones no jurisdiccionales es la integración de un Consejo, el cual ocupa la misma jerarquía que el presidente (o comisionado). Esto se hizo principalmente con el objetivo de dotar de mayor legitimidad a dichos organismos ante la sociedad, dando respaldo al consejero y funcionando como un órgano legislativo y de fiscalización interno.⁷⁸ La calidad moral de sus integrantes da o resta fuerza al prestigio de la institución.

Otras características de estas instituciones son: “no estar sujeto a formalismos jurídicos para la atención de casos, la gratuidad de sus servicios y la autonomía institucional, pese a ser una institución estatal”⁷⁹A diferencia de las instituciones

⁷⁶CARPIZO, *Op. Cit.*, p 92.

⁷⁷GONZÁLEZ, Luis, “El sistema no-jurisdiccional de protección de los derechos humanos en México” en IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C., Núm. V, Puebla, Diciembre-Sin mes, 2011, p. 102.

⁷⁸CARPIZO, *op.cit.*, pp. 104-106.

⁷⁹CASTAÑEDA, *Op. Cit.*, p. 17.

jurisdiccionales, pueden conocer de “conductas administrativas no solo ilegales sino también irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas, con lo cual su competencia es más amplia”⁸⁰

El rasgo más distintivo de estas instituciones ante la ausencia de coercibilidad es la existencia de una fuerza moral bajo la cual actúan. Por ello se insiste en que el cargo de presidente de dichos organismos sea ocupado por un personaje reconocido por su trabajo y prestigio en materia de derechos humanos. En palabras de Luis González:

Lo que caracteriza a ese cargo es el sentido de objetividad, imparcialidad, energía, firmeza, la buena fe, con que despliega su actuación y su convicción invariable en la causa de los derechos humanos.

Por lo anterior para el *ombudsman* la *auctoritas* moral que está en la sustancia de la institución y que emana de la personalidad de su titular es insustituible, pero además de ese atributo el *ombudsman* alimenta su fuerza moral del apoyo que la sociedad le concede, mismo que se obtiene con hechos y con resultados; diciendo la verdad que alcanza, defendiéndola con valor, exponiéndola con pruebas y articulándola con prudencia⁸¹

Estos organismos cuentan con funciones consultivas y cuasijurisdiccionales, A través de sus funciones cuasijurisdiccionales puede conocer de presuntas violaciones a derechos humanos derivados de actos u omisiones de carácter administrativo provenientes de cualquier autoridad, con excepción de asuntos de naturaleza electoral o jurisdiccional, formular recomendaciones públicas no vinculatorias, denuncias y quejas frente a la autoridad respectiva e investigar en caso

⁸⁰ GONZÁLEZ, Luis, *Op. Cit.*, p. 103.

⁸¹ *Ibidem*, p. 111.

de violaciones graves a derechos humanos además de interponer denuncias conforme a los resultados de estas investigaciones.⁸²

El análisis exhaustivo de las Comisiones Nacionales y Locales de Derechos Humanos no forma parte de los objetivos de esta investigación, sin embargo se ha tratado de hacer una exposición en términos generales debido a que el órgano objeto de estudio se analizara bajo estos parámetros. Por otra parte, es importante reconocer el impacto de estos organismos que desde el momento en que se instalaron a la fecha han ejercido en la sociedad mexicana donde se ha ido construyendo una cultura de los derechos humanos.⁸³

2.1.2.2. Organismos no jurisdiccionales especializados

Este tipo de organismos no se encuentran claramente definidos en la doctrina, sin embargo en algunos artículos donde se hablan sobre organismos no jurisdiccionales protectores de derechos humanos se hace ver la existencia de otros organismos cuyas características, facultades y fines son muy similares a las de estos organismos sin identificarse totalmente con ellos, un ejemplo de ello es lo señalado por Luis González, que señala:

Otras instituciones especializadas encargadas de la protección de los derechos humanos son la Procuraduría Federal del Consumidor, la Procuraduría Agraria, la Procuraduría Federal del Medio Ambiente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Consejo Nacional para prevenir la Discriminación. Éstos son los organismos no-jurisdiccionales que en el Estado mexicano se encargan de realizar la promoción, difusión y divulgación de la protección a los derechos humanos, todos ellos por

⁸²Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), 2011 *Informe de México: Avances y desafíos en materia de Derechos Humanos*, Secretaría de Relaciones Exteriores, México, p. 44 y 45

⁸³Jorge Carpizo, "El sistema nacional no-jurisdiccional de defensa de los derechos humanos en México: algunas preocupaciones" *Anuario de Derechos Humanos*, Nueva Época, Núm. 10, Universidad Complutense de Madrid, 2009.

medio de la figura del *ombudsman*, sin que posea todas sus características, como la de autonomía⁸⁴

Esta investigación toma en consideración lo anterior a fin de poder estudiar a la COESAMED como un organismo especializado en la protección del derecho a la salud puesto que este comparte varias características de aquellas que identifican a estos organismos. A esto se suman las consideraciones de la ICHRP que señala que cada país ha creado y dado forma a estas instituciones en base a su sistema y necesidades propias, por lo que se pueden encontrar tanto diferentes denominaciones para estos organismos como instituciones cuya estructura y funcionamiento sean divergentes. De esta manera existen organismos que solo protegen un sector en específico o un grupo de derechos determinados, a estos también se les puede clasificar dentro de los OPDH.⁸⁵

2.2. Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de París

Como se vio anteriormente *Los Principios de París* son el resultado del interés por parte de las Naciones Unidas y los Estados miembros así como de diversos organismos no gubernamentales interesados en promover e instaurar al interior de cada país organismos de protección de los derechos humanos. Este documento se divide en cuatro apartados donde se plasman las principales recomendaciones para este tipo de organismos que derivaron de un periodo previo de estudio de estos organismos en las diversas modalidades que se habían implantado en varios países. A continuación se exponen dichos principios siguiendo la estructura del mismo instrumento que se estudia.

El primer apartado es el relativo a la competencia y atribuciones, es decir, los ámbitos a los que se restringe “un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo

⁸⁴GONZALEZ, Luis, “El sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos en México”, *IUS Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de Puebla*, Año V, No. 28, México, 2011, p. 103.

⁸⁵International Council on Human Rights Policy, *Op. Cit.*, p. 4

determinadas funciones”⁸⁶ y la especificación de dichas funciones ideadas para llevar a cabo su objetivo. Para los OPDH se recomiendan las siguientes características:

- 1) Competencia en el ámbito de la promoción y protección de los derechos humanos.
- 2) Un mandato lo más amplio posible, de carácter constitucional o legislativo, donde se establezca su composición y competencia.
- 3) Tendrá las siguientes atribuciones:
 - Emitir dictámenes, recomendaciones, propuestas e informes sobre todas las cuestiones relativas a la protección y promoción de los derechos humanos; la institución nacional podrá decidir hacerlos públicos.
 - Examinar la legislación en vigor y los proyectos legislativos, en el sentido de que respeten los principios fundamentales en materia de derechos humanos, así como su armonización con los instrumentos internacionales en la materia.
 - Elaborar informes sobre la situación nacional en materia de derechos humanos en general, o sobre cuestiones más específicas.
 - Proponer medidas encaminadas a poner término a las situaciones de vulneración de los derechos humanos en cualquier parte del país.
 - Proponer la adhesión a instrumentos internacionales en materia de derechos humanos y promover la armonización legislativa en la normativa internacional, también cooperar en el ámbito internacional con otras instituciones de derechos humanos,
 - Participar en la elaboración de programas relativos a la enseñanza y la investigación en la esfera de los derechos humanos y participar en su aplicación en el ámbito escolar, universitario y profesional.

⁸⁶“Competencia” en IJJ-UNAM, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo I, Porrúa, México, 2000, p.542.

Dado que el principal objetivo de estos organismos es la protección de los derechos humanos es necesario y se plasma como primer punto que los mismos tengan competencia no solo en la protección también en la promoción de los derechos humanos, de manera que sus funciones no se limiten a la búsqueda de la reparación tras ser violentados, también se sugiere que a través del ejercicio de sus funciones fomenten la creación de una cultura de los derechos humanos.

Respecto a las atribuciones con que se dota a dichos organismos Orest Nowosad las encuadra en tres rubros, uno de ellos es el relativo a las facultades consultivas de dichos organismos sobre la cuales señala:

Las principales funciones y poderes de las instituciones nacionales pueden ser agrupadas en diferentes áreas. Una de ellas es el área consultiva, que puede incluir el asesoramiento del Poder Ejecutivo, la Asamblea General, el gobierno y cualquier otro organismo competente en cuestiones relacionadas con la protección y la promoción de los derechos humanos. Puede también llamar la atención hacia situaciones en cualquier parte del país donde los derechos humanos sean violados y hacer propuestas de iniciativas para poner fin a tales violaciones, si fuera necesario, expresar su opinión sobre las posiciones y reacciones del Ejecutivo y el gobierno en general.⁸⁷

También pueden incidir en el área legislativa:

Respetando el ámbito del Poder Legislativo, la institución debe examinar e informar sobre la legislación y las disposiciones administrativas que están en vigor, así como sobre las propuestas y los proyectos de ley, haciendo recomendaciones apropiadas para asegurar estén en armonía con las

⁸⁷NOWOSAD, Orest, "Competencia y atribuciones de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos", en *Retos actuales de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos. A diez años de los Principios de París*, AAVV, CNDH, México, 2004, p. 14

leyes internacionales de los derechos humanos y sus principios fundamentales. En este marco, la institución nacional deberá poder recomendar la adopción de una nueva ley, la enmienda de alguna ley en vigor y la adopción o enmienda de medidas administrativas.⁸⁸

Como ya se señaló se propone que dichos organismos puedan coadyuvar a la creación de una cultura de los derechos humanos a través de varias acciones como:

La actividad en el campo de la educación y la conciencia pública...se relaciona con la publicación de asesoría y opiniones, recomendaciones, propuestas e informes sobre derechos humanos. También puede llegar a los sectores escolares, ayudando en la elaboración de programas para la enseñanza y la investigación sobre derechos humanos y participando en su ejecución dentro de escuelas, universidades y círculos profesionales.⁸⁹

El segundo apartado titulado composición y garantías de independencia se compone de tres recomendaciones en las que sugiere, a) que el nombramiento de sus miembros sea por votación y que exista una representación pluralista de la sociedad civil interesada en la protección y promoción de derechos humanos, b) que se cuente con infraestructura apropiada y presupuesto suficiente para ejercer sus funciones, y c) que el mandato se realice mediante acto oficial con plazo determinado.

Se considera que la Independencia es una de las características primordiales de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, ya que a través de ella pueden hacer un efectivo uso de sus atribuciones y de esta manera incidir en la efectiva protección de aquellos grupos o personas cuyos derechos humanos han sido violentados.

⁸⁸ *Idem.*

⁸⁹ *Idem.*

Sin embargo el Consejo Internacional para Estudios en Derechos Humanos – ICHRP por sus siglas en inglés) señala que existen diferentes formas de comprender la independencia de acuerdo a la experiencia de cada Estado al momento de instaurar estos organismos, donde se han encontrado mayor o menor grado de independencia respecto al Estado.

Para el ICHRP, la verdadera característica de estas instituciones radica en la Autonomía, en una manera análoga a la de la Judicatura ya que estos organismos no dejan de formar parte del Estado, pero están dotados de la libertad de ejercicio suficiente para llevar a cabo sus funciones de protección y promoción de derechos humanos. Incluso la relación de estas con el Estado es otro requisito relevante ya que requieren de una potestad suficiente que les permita ejercer sus funciones en un mismo plano al de otros poderes y con un reconocimiento mayor al que podrían alcanzar otros organismos pertenecientes a la sociedad civil.⁹⁰

La piedra angular de toda institución nacional de derechos humanos es la independencia, y ésta puede garantizarse asegurándonos de que la institución cuente con un fundamento constitucional y que sus estatutos ofrezcan procesos transparentes y participativos, seguridad de ejercicio a la vez que procedimientos de destitución claros, libertad financiera con un presupuesto adecuado, políticas independientes y autonomía frente al gobierno⁹¹

En este caso la independencia se liga con una de las recomendaciones señaladas en el primer apartado de este instrumento relativa a su fundamento jurídico en donde se considera que la mejor garantía de autonomía se encuentra en su establecimiento en la constitución o en una ley como punto de partida pues también se recomiendan procesos de elección que permitan tanto la transparencia

⁹⁰INTERNATIONAL COUNCIL ON HUMAN RIGHTS POLICY, *Performance and legitimacy*, en Archives of the International Council on Human Rights Policy, http://www.ichrp.org/files/reports/17/102_report_en.pdf, consulta: 26/03/14, p. 58.

⁹¹ NOWOSAD, *op. cit.*, p. 13.

como la participación. Es importante que cuente con autonomía financiera y presupuesto suficiente pero además requiere de mecanismos eficaces para la rendición de cuentas. Esto se refleja en tanto en una mayor independencia como en una garantía de pluralismo en la institución que debe reflejarse “tanto en quien la preside como en su personal.”⁹²

Respecto a la accesibilidad del organismo es importante señalar que esta característica no se refiere solamente sus instalaciones, como señala Nowosad:

Quienes la conforman deben tener una actitud accesible (no sólo el personal sino también quien la preside); sus instalaciones y actividades deben ser físicamente accesibles para todos, incluidas las personas con discapacidades, y sus servicios deben estar al alcance de cualquier, incluyendo quienes hablan lenguas minoritarias. Es fundamental que la institución sea capaz de negociar con la sociedad civil y otros sectores para lograr un acercamiento holístico para la protección y la promoción de los derechos humanos.⁹³

En conjunto todos estos factores legitiman al organismo ante la sociedad en la cual funciona y generan confianza en la ciudadanía para acercarse, exponer sus necesidades y realizar denuncias.

El tercer apartado denominado “Modalidad y funcionamiento”, habla de aquellas actividades que deberá realizar en el marco de sus funciones:

- 1) Examinar todas las cuestiones que le sean sometidas o decida conocer, dentro de su ámbito de competencia.
- 2) Allegarse de todos los medios para examinar las cuestiones sometidas a su conocimiento,

⁹² *Idem.*

⁹³ *Ibidem*, pp. 13-14

- 3) Dirigirse a la opinión pública para dar a conocer sus informes y recomendaciones,
- 4) Reunirse de manera regular y establecer grupos de trabajo con sus miembros,
- 5) Mantener coordinarse y mantener relaciones con otros organismos protectores de derechos humanos así como organizaciones de la sociedad civil que tengan este mismo enfoque.

De esta manera estos organismos estrechan lazos con la sociedad civil y adquieren el papel de defensores de DH. La facultad para conocer de todas las quejas que se le presenten y de realizar investigaciones allegándose de los medios de pruebas que requieran les permite darse de cuenta de la realidad en materia de respeto de los DH y al tener estar dotadas de autoridad pueden realizar mejores investigaciones que un particular u organización civil ya que las otras autoridades quedan compelidas a aportar las pruebas que se les soliciten. Aunque suelen carecer de facultades de coacción cuentan con una autoridad moral (nacida de su independencia y pluralidad en la integración) que les permite incidir en busca de cambios.

Las instituciones nacionales están ahí para construir puentes, para encontrar remedios efectivos a los agravios y para buscar soluciones de largo plazo y así asegurar que las violaciones a los derechos humanos no se repitan. Son instituciones cuyos poderes de ejecución generalmente han sido limitados, por lo tanto no pueden ejercer coerción sobre la acción de los otros...esto, sin embargo, no significa que el gobierno no haga todo lo posible para asegurar que sus funcionarios cumplan con las recomendaciones⁹⁴

⁹⁴ *Ibidem*, p. 17

Cabe reiterar que estos organismos están en un punto medio entre los órganos de gobierno y la sociedad civil por lo que no solo es importante que tengan buenas relaciones con otras autoridades sino también que se coordine y trabaje de igual manera con organismos no gubernamentales.

En el último apartado se contempla las competencias cuasijurisdiccionales donde establece la facultad para recibir y examinar denuncias de los particulares bajo los siguientes principios:

- 1) Buscar una solución amistosa mediante procedimientos conciliatorios y confidenciales
- 2) Informar al demandante de sus derechos y facilitar su acceso a los recursos de que dispone,
- 3) Formular recomendaciones a las autoridades competentes y proponer modificaciones legislativas cuando la ley dificulte al demandante a acceder a sus derechos

Estos organismos recurren a los medios alternos para la solución de conflictos pero ya que su objetivo es la protección de los derechos humanos estas son solo una herramienta para la consecución de sus fines. Sin embargo no carecen de importancia, al respecto Nowosad señala:

podemos observar cómo estos poderes han crecido como una función central de las instituciones; tales poderes dan voz a los intereses del pueblo, son vistos como un método efectivo pues eliminan los litigios y los procesos judiciales costosos, y con frecuencia se basan en la mediación y en la conciliación, enfocándose en reunir a las partes y reforzar una sociedad cohesiva donde reinen el respeto mutuo y la dignidad humana.⁹⁵

⁹⁵*Ibidem*, pp. 14-15

Por otra parte estos organismos pueden dar asesoría jurídica a quienes acuden a ellos a fin de que acudan a las instancias correspondientes. Cabe recordar que estos organismos no suplen a los órganos jurisdiccionales en la impartición de justicia de ahí la importancia de este asesoramiento que incluso puede convertirse en acompañamiento del quejoso durante el procedimiento judicial.

Los principios se consideran lineamientos generales de los organismos nacionales de derechos humanos. Si bien esto debe entenderse como el mínimo a establecer por parte de los Estados, este documento permite un margen de interpretación a fin que las figuras en él establecidas puedan adaptarse a las condiciones del lugar en concreto, “los *Principios de París* nos ofrece un patrón con el cual podemos realizar nuestro trabajo en la protección y la promoción de los derechos humanos. También nos dan una oportunidad para construir sobre estos mínimos estándares, sin reescribirlos, sino más bien interpretándolos de manera significativa⁹⁶”. De esta manera los Estados quedan en libertad de integrar estos principios de acuerdo a la manera que consideren pertinente en tanto no pierdan de vista su objetivo principal que es la protección y promoción de los derechos humanos.

El ICHRP realizó una investigación sobre las IPDH que vas más allá de las condiciones formales y normativas de estos organismos donde se señala que no existe un modelo único para estos organismos y en cada país donde se han instaurado ha adquirido características propias y en algunos casos no cumplen con los requisitos planteados por los Principios de París. Pero pone énfasis en que esto no implica que el organismo no pueda cumplir con sus objetivos, concluyendo que lo que determina a estas instituciones es su capacidad de responder ante las necesidades de aquellos grupos que corren mayor riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos.⁹⁷ Este estudio se basó en la legitimidad y accesibilidad de dichos organismos.

⁹⁶ *Ibidem*, p. 18.

⁹⁷ *Cfr.*, INTERNATIONAL COUNCIL ON HUMAN RIGHTS POLICY, *Performance and legitimacy*, en Archives of the International Council on Human Rights Policy, http://www.ichrp.org/files/reports/17/102_report_en.pdf, consulta: 26/03/14.

Para el ICHRP una de las características más importantes se encuentra en la *legitimidad* de la que gozan ante la sociedad donde ejercen sus atribuciones ya que un efectivo funcionamiento de estas instituciones depende de que gocen de la aceptación y confianza de la ciudadanía⁹⁸. De manera formal esto se expresa en el procedimiento para la elección de sus miembros, la rendición de cuentas y presentación de informes.⁹⁹ Otra manera es la referente al manejo de las quejas que se le presentan, siendo este uno de los primeros y quizás más importantes momentos de contacto de la institución con personas o grupos vulnerados en sus derechos humanos. El manejo de quejas de manera globalizada comprendiendo la realidad más allá del hecho planteado permite incidir de manera más efectiva en la protección de los derechos humanos, también se espera el procedimiento sea más accesible y menos burocrático que los procedimientos jurisdiccionales.¹⁰⁰

Por otro lado se encuentra la *accesibilidad*, de la que se habló anteriormente, la facilidad para que las personas puedan acceder a estas instituciones. Para ello, el organismo debe crear las condiciones necesarias para ello que se ve reflejado en diferentes acciones que van desde modificar el espacio físico que ocupan, crear oficinas regionales, etcétera, a contar con personal capacitado para atender a diferentes sectores de la sociedad por ejemplo con conocimiento en lenguas indígenas o del lenguaje a señas, etcétera. Lo más importante para garantizar la accesibilidad es procurar que la sociedad conozca y entienda al organismo, sus funciones y objetivos.

2.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dentro del entramado de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud se encuentran centros de salud, de instrucción, de investigación, órganos administrativos de recursos materiales y humanos, etcétera. También se han creado herramientas jurídicas y organismos tendientes a vigilar el debido funcionamiento de

⁹⁸International Council on Human Rights Policy, *Op. Cit.*, p. II.

⁹⁹*Ibidem*, p. 70-71.

¹⁰⁰*Ibidem*, p. 71-73.

dicho sistema. Por ello existen procedimientos dentro del ámbito judicial y administrativo de supervisión y sanción.

Entre estos se encuentran las Comisiones de Arbitraje Médico, cuyo primer antecedente es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, organismo administrativo cuyos objetivos son “resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, así como contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios médicos en nuestro país”¹⁰¹

Este organismo se ha considerado como una institución protectora de derechos humanos especializada, una especie de ombudsman de la salud. Una especie de subgénero de los OPDH que comparte algunas de sus características y funciones pero que además de especializarse en un área específica no reúne todos los elementos para considerarse plenamente como un organismo de este tipo.

Las primeras propuestas para crear un organismo como la CONAMED surgen a partir de 1988 con el incremento de denuncias por negligencias médicas ante la Procuradurías ante lo cual se planteó la posibilidad de crear una Procuraduría de la Salud¹⁰². Posteriormente con el auge de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ante la cual comenzaron a interponerse quejas contra la calidad en la prestación de los servicios de atención médica cuyo número comenzó a incrementarse alcanzando cifras que pusieron en alerta a las autoridades sanitarias:

Estas expresiones se incrementaron aún más. En el periodo de diciembre de 1990 a julio de 1991 se presentaron 21 quejas por negativa o inadecuada atención médica; para el periodo de enero a diciembre de 1998, las quejas, por iguales motivos, alcanzaron la cifra de 101. A su vez, las quejas por negligencia médica también aumentaron, pues mientras

¹⁰¹ CARRILLO, Luz, *La responsabilidad profesional del médico*, Porrúa, México, 2002, p. 161.

¹⁰² *Ibidem* p. 159.

que en el lapso de diciembre de 1990 a junio de 1991 no se habían presentado, para el período de enero a diciembre de 1998 había 44.¹⁰³

El 14 de julio de 2000 la CONAMED firma un convenio de colaboración con la Comisión Nacional de Derechos Humanos con el fin de que las quejas relacionadas con la prestación de servicios médicos que se presentaban ante esta última le fueran remitidas. Esto generó un deceso considerable de quejas en esta materia ante el organismo protector de derechos humanos.

Sin embargo aunque en reiteradas ocasiones¹⁰⁴ se hace el señalamiento de que este organismo surge como respuesta a las necesidades del pueblo mexicano los argumentos para justificar su creación parecen responder a las necesidades del sector sanitario pues en diversas ocasiones se hace el señalamiento de la necesidad de crear una institución especializada en la práctica médica puesto que las resoluciones provenientes de órganos jurisdiccionales o de las comisiones de derechos humanos no contaban con un respaldo que emitieran razones científicas suficientes para sustentar sus fallos, razón por la cual en diversas ocasiones se cometían injusticias contra este sector.

Aunado a esto se buscaba un organismo cuyo ejercicio limitara el crecimiento de procesos litigiosos “que busca(n) no tanto un mayor celo médico en el cumplimiento de las obligaciones, sino obtener, como ocurre en otros países, indemnizaciones multimillonarias.”¹⁰⁵ Por otra parte existe una tendencia a percibir la queja médica¹⁰⁶ como un acto negativo e incluso doloso, derivado de que en la

¹⁰³ AZUELA, Mariano, “Prólogo”, en VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005, p. 9.

¹⁰⁴ Esto se puede leer en diversos artículos que hablan sobre este organismo, algunos ejemplos de ello se encuentran en la “Revista CONAMED”, No. 1 de 1999, disponible en línea, *Arbitraje médico* de Armando Varela, *El ejercicio de la medicina apegada a derecho médico* de Fidel López, entre otros.

¹⁰⁵ AZUELA, *op. cit.*, p. 9.

¹⁰⁶ Caben aquí las consideraciones de Luis Soberanes sobre la queja médica sobre la cual hace primero el señalamiento de que “La atención del cúmulo de quejas médicas, unas hechas del conocimiento de las instancias competentes y otras que pasan a una ‘lista negra’ de personas que prefieren tragarse su coraje y buscar otra alternativa, no deben ser vistas como una persecución a los prestadores del servicio sino como una vía para perfeccionar el sistema de salud y de brindar un servicio más digno y efectivo de los usuarios” además predice que la misma “puede convertirse en el futuro inmediato, siempre y cuando su tramitación no sea percibida como una molestia, falsa

actualidad la sociedad se encuentra mal informada o que “aquejados por la pérdida de la salud o por la muerte de un ser querido, piensan que ello se debió a acciones u omisiones, dolosas o culposas, de los médicos que intervinieron”¹⁰⁷

La CONAMED surge en 1996 por decreto del entonces presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, a iniciativa de Juan Ramón de la Fuente quien en ese entonces fuera Secretario de Salud quien propuso “la creación de una instancia con autonomía técnica y administrativa para recibir, analizar, dictaminar y resolver las quejas los usuarios sobre los servicios que le son otorgados”¹⁰⁸.

Su surgimiento forma a la vez parte del reconocimiento de la salud como un derecho humano que requiere la instauración de una política social en la materia, lo cual tiene su origen en México a finales de la década de los años cincuentas¹⁰⁹ cuando se inician las auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente en la década de los setenta los programas de salud comienzan a incluir la búsqueda de la *calidad en los servicios*, propósito que se encuentra vigente en los planes nacionales y estatales de desarrollo, “En este contexto de continuidad, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 incluyó también dicho objetivo, en el cual se ubica la instauración de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por decreto presidencial el 3 de junio de 1996.”¹¹⁰ En este contexto los fundadores de este organismo catalogan los servicios de salud en México como servicios de alta calidad, pero reconocen que la práctica de la medicina se ha complejizado generando conflictos que anteriormente no se suscitaban.¹¹¹

esperanza o instrumento que inhibe la práctica médica, en el arma más eficaz para el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud y la reivindicación de la dignidad humana en la prestación de este importante servicio”. (SOBERONES, José, “Derechos humanos y salud” en VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005, p. 35).

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 10.

¹⁰⁸ VARELA, Héctor, “Presentación” en VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005, p. 11

¹⁰⁹ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Comité Coordinador Sectorial, 2001, México, p. 7, en línea, consultado el 26/05/2014, http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 19.

¹¹¹ El incremento deficiencias en la prestación de servicios de atención médica se ha debido a diversidad de factores como el incremento de los costos de atención médica, el encarecimiento de la medicina, el consumismo tecnológico, el deterioro de la relación clínica, el auge de la medicina

La CONAMED goza de plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones técnicas, convenios, acuerdos, laudos y dictámenes. Su actuación se sustenta en los principios de imparcialidad, equidad y buena fe. No afecta el ejercicio de otros derechos pues en caso de no llegar a una solución pueden acudir a los órganos jurisdiccionales correspondientes.

Es una instancia gratuita cuyos procesos significativamente más cortos que otros y por ende generan menor desgaste para las partes. Es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud pero se ha sugerido que se convierta en un órgano desconcentrado a fin de que tenga plena autonomía jerárquica y financiera para que pueda actuar con mayor libertad de acción en sus actividades sin que esto implique anular sus relaciones con el Estado.¹¹² Cabe señalar que hasta la fecha la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca es la única con la calidad de organismo público autónomo lo cual “para fines prácticos, es un valor jurídico que le da a la institución el elemento más valioso para realizar su trabajo con la máxima efectividad e imparcialidad.”¹¹³

Sus atribuciones son: a) brindar asesoría a usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones, b) intervenir en amigable composición, c) fungir como árbitro, d) elaborar dictámenes o peritajes que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la impartición de justicia, e) emitir opiniones técnicas, f) intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general y g) asesorar para la creación de instituciones análogas en los Estados.

Esta, al igual que otros OPDH en México, cuenta con un órgano colegiado el cual es la máxima autoridad dentro de la institución cuya finalidad es ejercer funciones de vigilancia lo que permite “un sello singular de democratización para la

defensiva, el crecimiento demográfico, el incremento de la expectativa de vida, la burocratización y/o la carencia de una ética médica (Cfr. VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005).

¹¹² *Idem*

¹¹³ LOPEZ, Fidel, *op. cit.*, p. 148.

toma de algunas decisiones en asuntos de su competencia”¹¹⁴, todos los cargos de consejero son honorarios y por tiempo determinado. La preside un Comisionado Nacional el cual es nombrado por el Ejecutivo Federal y tiene funciones de dirección y administración, es un cargo que debe ser ocupado por una persona con experiencia “clínica-administrativa, excelente imagen pública, reconocimiento institucional y social, sin antecedentes de conflictos y sobre todo sin conflicto de intereses”¹¹⁵, ya que fungirá como autoridad moral en la materia. Se auxilia por dos Subcomisionados, que dirigen la Subcomisión “A” como área sustantiva y Subcomisión “B” como área de apoyo.

Las funciones de la CONAMED se pueden distinguir en.

- *Información y asesoría*: se recibe la queja de manera personal, telefónica o por correo (tradicional o electrónico) por un equipo conformado por un médico y un abogado¹¹⁶ quienes asesoran al quejoso sobre los derechos y obligaciones de usuarios y prestadores de servicios médicos, según sea el caso, así como las posibles soluciones al caso en concreto. Algunos casos se resuelven de manera inmediata (gestión inmediata) a través de comunicaciones con los prestadores de servicios médicos. Cuando por estos medios no se resuelve el conflicto se abre un expediente queja¹¹⁷.

¹¹⁴ SOBERONES, José, “Derechos humanos y salud” en VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005, p. 35.

¹¹⁵ LOPEZ, *op. cit.*, pp. 148-149.

¹¹⁶ El objetivo de esto es analizar la queja en sus dos componentes básicos “a) motivos de origen y b) pretensiones reclamadas para determinar si se admiten o no, evitando con ello dos problemas específicos: saturar el sistema con el consiguiente impacto en los costos del servicio y generar falsas expectativas en los quejosos. El abogado analiza, desde la perspectiva legal el cumplimiento de las obligaciones de medios y de resultados, así como las modalidades en las que se brindó el servicio, a fin de descartar la comisión de ilícitos. El médico analiza las condiciones en que se efectuó el acto, de tal suerte que, a través de la revisión objetiva e imparcial del expediente clínico, sea posible determinar buena o mala práctica profesional” (SALGADO, Eréndira, “Justificación de la atención del conflicto médico fuera de tribunales” en AAVV, *Derecho y medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, SCJN, México, 2008, p. 312).

¹¹⁷ Cabe señalar que “estos tipos de inconformidades rara vez implican faltas médicas de consideración en agravio de los pacientes, y por tanto, su solución se logró con la simple aclaración o explicación del caso, o por la gestión de atención médica adecuada vía telefónica con el prestador del servicio” (VARELA, Héctor, “La Comisión Nacional de Arbitraje Médico” en VALLE, Armando y

- *Conciliación*, contando siempre con la voluntad de las partes se inicia un expediente de queja y se analiza la documentación del expediente integrado en la fase de información a fin de que los conciliadores puedan valorar el cumplimiento de las obligaciones del profesional o de la institución con la finalidad de “conducir con equidad el proceso de conciliación, como sobre todo para establecer, en los casos que existen deficiencias, en qué consisten éstas, a qué se deben y como se pueden evitar”¹¹⁸. Se cita a la audiencia conciliatoria a las partes y se propone un arreglo tomando en cuenta las opiniones, intereses y necesidades de las partes de conformidad con el análisis de los hechos. Cuando se llega a un acuerdo se redacta el convenio correspondiente de lo contrario se dejan a salvo los derechos de las partes para que acudan a las instancias jurisdiccionales, previa invitación al procedimiento arbitral. Si durante el proceso conciliatorio se detecta la probable comisión de un delito se da aviso a la autoridad correspondiente¹¹⁹.
- *Arbitraje*, una vez que las partes acuerdan someterse al arbitraje se firma el compromiso arbitral en cual se comprometen a acatar el laudo que resulte. En el arbitraje se realiza un análisis médico, jurídico y ético que tenga como resultado un laudo con sustento técnico-jurídico que tiene el carácter de cosa juzgada. Para la realización de arbitrajes y recomendaciones la CONAMED “solicita invariablemente la participación de asesores externos especialistas en el tema, que son seleccionados de un directorio conformado de acuerdo con recomendaciones de Academias, Consejos, Federaciones,

VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005, p. 131.)

¹¹⁸ *Idem*

¹¹⁹ Como dato adicional los compromisos pactados se refieren “a la realización de una valoración médica, atenciones médicas subsecuentes y/o explicación técnica del padecimiento, lo que ocurrió en un 63% de los casos; en 22% se pactó el reembolso o indemnización por daños y perjuicios, cuando al comprobarse que éstos eran evitables, y en 15% solo hubo compromisos instituciones como cambio de médico o de unidad médica, y la investigación de posibles responsabilidades administrativas” (*Ibidem*, p. 132).

Asociaciones y Colegios de Médicos”¹²⁰. Tras la firma del compromiso arbitral se señala fecha y hora para el ofrecimiento y desahogo de pruebas e incluso la Comisión puede allegarse de los elementos de prueba necesarios para conocer la verdad histórica y emitir así el laudo correspondiente. En la misma audiencia de pruebas se desarrollaran los alegatos de las partes para posteriormente declararse cerrada la instrucción y proceder a emitir el laudo.

- *Dictamen médico-pericial*, a través de ellos la CONAMED auxilia a instancias jurisdiccionales o administrativas aportando un punto de vista especializado sobre los casos que se presentan en estas instancias.
- *Opinión técnica*, “son recomendaciones acerca de aspectos médicos, en lo particular o en lo general, y tiene como propósito contribuir en la mejoría de la calidad de la atención médica y a la solución de problemas de salubridad general”¹²¹.

Diversas voces consideran a la CONAMED como un acierto dentro las instituciones mexicanas ya agilizan los procedimientos, ayudan a descongestionar los órganos judiciales, etcétera¹²². En especial en lo relativo sus funciones de conciliación y arbitraje ya que se considera que el uso de estos beneficia la resolución de conflictos derivados de la relación clínica, señala Ana Fierro¹²³ los siguientes:

- Pueden obtenerse mejores resultados que en los tribunales al enfocarse a intereses y necesidades, y no a derechos y necesidades.
- Es mejor en relación costo-beneficio frente a un proceso jurisdiccional.
- Permite soluciones creativas.
- Instruye a los médicos a responsabilizarse por sus actos.
- Pone de manifiesto las necesidades de los usuarios respecto al profesional de salud y/o a la institución de salud.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 133

¹²¹ *Ibidem*, p. 134

¹²² Para ello puede consultarse cualquiera de los autores citados en este apartado.

¹²³ FIERRO, Ana, *Manejo de conflictos y mediación*, Oxford, México, 2010, p. 143.

- Fomenta el dialogo, lo que contribuye a crear relaciones más equitativas y solidarias, lo que es importante en la relación clínica;
- Al devolver el conflicto a las partes para su resolución elimina o disminuye prácticas paternalistas y fomenta el empoderamiento de las partes, esto se traduce en usuarios más autónomos y responsables;
- Son más rápidos y las partes están menos expuestas a la frustración y gastos que ocasionan los procesos judiciales, lo cual es una preocupación recurrente en ambas partes;

Para actores como los prestadores del servicio médico el prestigio es un elemento muy importante para ejercer su profesión. Al ser procedimientos confidenciales pueden afrontar el conflicto de manera privada;

Es relevante señalar que este no supe a los órganos jurisdiccionales sino que “es una opción más de los pacientes para resolver sus controversias, además de que los empodera como actores de la solución de sus conflictos”¹²⁴, generando un canal de comunicación diferente a las vías judiciales las cuales en muchos casos han perdido la confianza de la sociedad dando como resultado que los casos de abusos y errores no se den a conocer y se perpetúen las violaciones a los derechos de los pacientes.¹²⁵ Es importante señalar que estos procedimiento requieren la voluntad de las partes para llevarse a cabo de lo contrario no podrán llevarse a cabo quedando a salvo los derechos de las partes.¹²⁶

Pese a las ventajas que presentan estos los medios alternos frente a los procesos jurisdiccionales, la forma de abordarlos es determinante para la consecución de sus fines, en este sentido adquiere importancia el enfoque de se le suele dar puesto que es frecuente encontrar comentarios como el siguiente:

“...dichas diferencias se resolvían por la vía legal en procesos de muy larga duración y en donde el paciente buscaba infligir daño al Médico, impulsado por el propio coraje y al mismo tiempo por el consejo de

¹²⁴ *Idem.*

¹²⁵ VALLE, *op. cit.*, p. 21.

¹²⁶ CARRILLO, *op. cit.*, p. 163.

personas allegadas a él y de los litigantes que veían con su actuación una fuente de ingresos, al final los que venían ganando eran los abogados...”¹²⁷

De esta manera estos procedimientos se vuelven una expresión de la medicina defensiva en detrimento de la relación clínica. Entre tanto se siga viendo al usuario como un ente pasivo con mínima o nula capacidad para tomar decisiones respecto a su salud, el empoderamiento de ellos dentro estos procesos chocara contra la certeza del profesional sanitario (e incluso de los conciliadores o árbitros) de que la verdad del profesional sanitario prima sobre la del paciente cuyo enfoque es sumamente subjetivo. A esto hay que sumar la generalmente mínima (o nula) difusión tanto de estos procedimientos como de las Comisiones lo que genera que muchos sanitarios se nieguen a participar por confundirlos con procesos judiciales.¹²⁸

A partir de la creación de la CONAMED, comenzaron a surgir en diferentes Estado de la República Mexicana organismos similares cuyo ámbito de competencia se limita a la prestación de servicios médicos de orden estatal aunque a la fecha todavía existen algunos lugares de la República donde no se han instaurado este tipo de organismos. La denominación¹²⁹ tiende a ser similar en los diferentes estados, así como conformación, funcionamiento y objetivos.

Como se señaló anteriormente la CONAMED es una de las diferentes instituciones que se consideran organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos especializados en la defensa de un derecho. En este caso, la tutela de derecho a la protección de la salud. En este sentido cabe preguntarse si su homónima a nivel estatal en San Luis Potosí puede clasificarse como tal.

¹²⁷ ARREOLA, Francisco y DECRESCENZO, Francisco, “Los métodos alternos de solución de controversias en medicina en el estado de Nuevo León”, en *Mediación y arbitraje, Leyes comentadas y concordadas del Estado de Nuevo León*, STEELE, José, (coord.), Porrúa, México, 2009, p. 332.

¹²⁸ ARREOLA, *Op. Cit.*, 339

¹²⁹ Algunas de las denominaciones son, Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Comisión de Conciliación Médica, Comisión de Mediación y Conciliación Médica. Como su nombre lo indica, los procedimientos empleados por estas instituciones pueden variar de un Estado a otro.

2.4. Conclusiones

Las Instituciones Protectoras de Derechos Humanos surgen en los estados modernos en los cuales se ha observado que los modelos de gobierno y organización han causado en mayor o menor medida la afectación de los derechos básicos de los seres humanos a favor de la consecución de dichos sistemas. Son estas situaciones han llevado a replantearse las instituciones sociales, económicas y políticas, en busca de herramientas que procuraran garantizar a las personas un libre desarrollo y bienestar.

Si bien la protección de los derechos humanos es una tarea que nos compete a todas las personas, la mayor obligación al respecto recae en el Estado por lo que se han instaurado organismos que, pese a surgir del Estado buscan ser independientes e imparciales dotados con facultades suficientes para vigilar, proteger y promover el respeto y acceso a los DH.

Los organismos no jurisdiccionales protectores de derechos humanos surgen en el siglo XX y su mayor auge es la década de los 90's. Son instituciones de derecho que fuera del ámbito de la judicatura tiene competencia para conocer y decidir en la materia. Tienen distintas denominaciones como Comisiones de Derechos Humanos o Defensores del pueblo, su finalidad es la protección y promoción de estos derechos. En México también se han instituido estos organismos y existen referencias históricas de instituciones similares aunque con diferente estructura. Una de sus mayores características de estos organismos en el sistema jurídico mexicano es que pretenden tener mayor cercanía con la ciudadanía.

El modelo de ombudsman que tomamos en cuenta para este trabajo es el latinoamericano, el cual sigue al modelo clásico en cuanto a la detección y resolución de omisiones e irregularidades en la administración pública pero agrega facultades para la defensa y promoción de los DH.

Para comprender mejor las características de estos organismos nos podemos remitir a los Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de Paris, cuyas conclusiones se plasmaron en la resolución 48/134 de 1993, los cuales surgieron a

partir de reuniones de entre diversos actores sociales desde representantes de Estado a organismos no gubernamentales.

En este documento se establecen las características deseables para estas instituciones, estas son:

- La protección y promoción de los derechos humanos;
- Una composición pluralista;
- Autonomía;
- Funciones consultivas; y
- Funciones cuasijurisdiccionales.

Estos principios suelen entenderse como el mínimo a establecer por parte de los Estados mas permite un margen de interpretación a fin que las figuras en él establecidas puedan adaptarse a las condiciones del lugar en concreto y la ausencia de algunas de las características no implica que el modelo no pueda ser funcional. Por otro lado los Estados quedan en completa libertad de ampliar las facultades de dichos organismos en tanto no pierdan de vista su objetivo principal que es la protección y promoción de los derechos humanos.

El ICHRP llevo a cabo una serie de estudios a diferentes instituciones nacionales de derechos humanos partiendo de los Principios de París para su análisis, pero buscando identificar las características de estas instituciones más allá de las condiciones formales, llegando a la conclusión de que lo que determina a estas instituciones es su capacidad de responder ante las necesidades de aquellos grupos que corren mayor riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos.

Por otra parte, existen organismos de naturaleza similar a las comisiones de derechos humanos pero enfocados en la protección de un derecho humano específico. De igual manera pero enfocando sus esfuerzos a determinado derecho, estas efectúan labores de protección y promoción, tienen con una organización parecida a la figura del ombudsman pero sin poseer todas las características que lo identifican, en especial la autonomía.

La naturaleza de este tipo de organismos no es muy clara ya que en algunos casos se han presentado como órganos desconcentrados de la administración pública (federal o estatal) mientras otros se han constituido como órganos

descentralizados y aunque suelen tener las mismas atribuciones tampoco existe una completa uniformidad en estas últimas. Lo que es claro es que tienen un campo de acción en específico donde se especializan en un DH determinado.

También ICRHP al analizar los OPDH para determinar su desempeño, legitimidad y eficacia, concluyó que existen modelos diversos ya que cada institución se debe adecuar a las circunstancias y necesidades del lugar donde se crea. En otras palabras no existe un modelo rígido aplicable a estas instituciones.

Se han podido identificar ciertas características en base a las cuales estudiar a aquellas instituciones que se consideran organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos para poder verificar si tienen esta naturaleza. Estas se han agrupado en características de forma, de fondo y de efectividad.

Las características de forma son aquellos elementos relativos a su constitución y funcionamiento que permiten señalar a la institución como un organismo protector de derechos humanos al menos formalmente. Estas se pueden deducir de los Principios de París y son una serie de atribuciones y facultades que se concentran en las características ya señaladas de protección y promoción de derechos humanos, autonomía y composición pluralista y facultades consultivas y cuasijurisdiccionales. Cuando una institución tiene estas características, incluso parcialmente ya que como se señaló anteriormente son solo directrices, podemos considerar que nos encontramos ante una organismo de este género.

Las características de fondo son relativas a la determinación del bien jurídico a proteger, ya sean los derechos humanos en general o un derecho humano en específico. En este último caso determinar ya que se ha considerado que dicho derecho requiere una protección especial, en qué términos se debe dar esta protección o si no es necesario un tratamiento distinto.

Por último las características relativas a la efectividad son aquellas que buscan determinar que el organismo incide de manera real en una sociedad determinada para proteger los derechos humanos, limitar su violación y generar cambios significativos a favor de ello. Para esto el Consejo Internacional para Estudios de Derechos Humanos ha realizado una serie de estudios en los cuales se analiza el desempeño, la legitimidad y la efectividad de estos organismos.

En este capítulo se dedicó un apartado a la CONAMED, a manera de introducción del próximo capítulo que enfoca exclusivamente en la COESAMED. Ambas instituciones de naturaleza similar pero con diferente ámbito territorial de competencial tienen en común la tutela del derecho humano a la protección de la salud.

Sin embargo es importante señalar que si bien la CONAMED se ha identificado como un organismo protector de derechos humanos dicha clasificación ha sido producto de la interpretación de sus funciones y objetivos donde los mismos se han identificado a favor del derecho a la protección de la salud. Pero cabe hacer la acotación de que dicha institución nace como un medio alternativo de resolución de conflictos que busca prevenir que las controversias derivadas de la atención médica deriven en un proceso judicial o sean remitidas a las comisiones de derechos humanos.

A diferencia de esto la COESAMED desde su marco normativo se plantea como un organismo que tutela el derecho a la protección de la salud. De esta manera si la CONAMED se ha llegado a considerar una instancia protectora del derecho a la salud con mayor razón se le puede dar este carácter a la COESAMED toda vez que desde que surge se planteó como un órgano de esta naturaleza.

CAPITULO TERCERO

LA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO EN SAN LUIS POTOSÍ

SUMARIO: 3.1. Introducción, 3.1.1. Antecedentes, 3.1.2. Marco normativo, 3.1.2.1. Naturaleza Jurídica, 3.1.3. Objetivos, 3.1.4. Sujetos, 3.1.5. Estructura, 3.1.5.1. Estructura con base en el marco normativo, 3.1.5.2. Estructura y organización actual, 3.1.6. Atribuciones, 3.1.7. Competencia, 3.1.8. Procedimientos, 3.2. Conclusiones.

3.1. Introducción

En el presente capítulo se pretende presentar el organismo estatal denominado Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de San Luis Potosí (COESAMED), sus objetivos, estructura e integración, sus atribuciones y facultades, y los procedimientos que realiza conforme a su marco normativo. También se buscará aportar datos obtenidos a través de la respuesta a diversas solicitudes de información así como entrevistas efectuadas, que permitan dar una imagen más clara de cómo funciona dicho organismo fuera de lo establecido en la norma.

Para ello se procedió a un estudio del marco normativo que la rige a fin de identificar su conformación y funcionamiento a nivel legal. Posteriormente se realizaron diversas solicitudes en información en distintas fechas que versaron sobre cuestiones el marco normativo y manuales, datos respecto a estadísticas generales, etcétera. También se realizó una búsqueda en diferentes periódicos del Estado con el fin encontrar notas relativas a la instalación del organismo. Por último se realizaron algunas entrevistas a cargo de funcionarios de la institución.

Como ya se señalaba en el protocolo de investigación este trabajo es de tipo exploratorio y descriptivo ya que en las primeras investigaciones se constató que existe de manera generalizada desconocimiento respecto a lo que dicha institución es. Por ello en este capítulo se hace esta presentación de manera que se pueda posteriormente determinar ante qué tipo de organismo nos encontramos. De lograrse lo anterior se espera que esta investigación permita o facilite ejercicios posteriores relacionados con este organismo y/o la protección del derecho a la salud.

3.1.1. Antecedentes

La COESAMED es un órgano similar a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la cual actúa a nivel nacional conociendo de quejas derivadas del acto médico en distintas instituciones sanitarias tanto federales como estatales cuando en los Estados no se cuenta con un organismo local facultado para ello.

Sin embargo existe una gran diferencia entre ambos organismos ya que la CONAMED tiene como objetivo el dirimir controversias derivadas de la prestación de servicios médicos y contribuir a mejorar la calidad en estos mientras la COESAMED además de estas funciones fue facultada desde su inicio como organismo tutelar del derecho a la protección de la salud en los servicios atención médica. Esto significa que las facultades de la COESAMED son más amplias que su homóloga a nivel nacional pese a que la CONAMED es anterior y de carácter federal.

La COESAMED¹³⁰ fue creada por Decreto del Gobernador Fernando Silva Nieto, mismo que se publicó en el Periódico Oficial del Estado el 9 de octubre de 1998¹³¹ y comenzó a ejercer sus funciones el 2 de julio de 1999. Es decir, surgió por decreto tres años después de la instauración de la CONAMED, aunque nunca existió algún mandato legal que ordenara la creación de dichos organismos, razón por la cual hasta la fecha existen Estados que no cuentan con un organismo similar.

El primer Comisionado¹³² fue el Dr. Arturo Reyes Cunnigham durante el periodo 1999-2002 y el primer Consejo rigió de 1999 a 2001. Este estuvo formado el Dr. José Luis Leiva Garza, Presidente del Colegio la Profesión Médica de San Luis Potosí; la Dra. Beatriz Velázquez Castillo, Directora de la Facultad de Medicina de la UASLP; el Dr. Héctor F. Aldasoro Velasco, Director de la Facultad de Derecho de la UASLP; el Dr. Sergio López Moctezuma Director de la Facultad de Estomatología de la UASLP; el Lic. José Merced Ponce Blanco, Presidente de la Asociación de Abogados; el Lic. Gustavo Barrón Gutiérrez, Delegado del Instituto Mexicano del

¹³⁰ Anexo 1 Artículos en periódicos locales sobre la instauración de la COESAMED.

¹³¹ Decreto por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí, Año LXXXI, Numero 121, 9 de octubre de 1998.

¹³² Información proporcionada por la COESAMED mediante oficio CEAM/490/13, de fecha 25 de noviembre de 2013.

Seguro Social; el Dr. Miguel Ángel Cuadra Palafox, Delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; la C. Monserrat Carrera de Silva, Presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia y el Dr. Fernando Toranzo Fernández, Director de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.¹³³

La COESAMED se inauguró casi un año después de que se emitió el Decreto pese a que los artículos transitorios del mismo señalaban que este entraba en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado el 9 de octubre de 1998, también se señalaba un lapso de 30 días hábiles para integrar el Consejo más este no se integró la instauración del organismo.

Este se crea como parte de la búsqueda de la calidad en los servicios médicos, objetivo que se plantea en el Plan Estatal de Desarrollo 1998-2003 “a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia”.¹³⁴ Sin embargo el plantearse como objetivo en los programas de gobierno la búsqueda de la calidad es algo que tiene su origen varios años antes como se vio en el capítulo anterior y hasta la fecha tanto el Plan Estatal¹³⁵ como el Plan Nacional contemplan este objetivo en materia de salud.

Respecto a los motivos que dieron origen a este organismo el decreto es prácticamente omiso y solamente se hace un comentario al respecto en el Considerando o Preámbulo del Decreto de creación en donde señala “lo anterior responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos”. Cabe señalar que en este y otros puntos el Decreto de la COESAMED es una copia textual del de la CONAMED, por lo que se puede inferir que estos reclamos hacen referencia al incremento de denuncias ante los

¹³³ Anexo 2, Respuesta a solicitud de información a la COESAMED sobre marco normativo, comisionados y miembros del consejo

¹³⁴ Cfr. Programa de Acción Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, Programa Nacional de Salud 2001-2006, *op. cit.*

¹³⁵ Cfr. *Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, Gobierno del Estado de San Luis Potosí, Salud*, así como el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud* en lo relativo a los “Objetivos, estrategias y líneas de acción”.

órganos jurisdiccionales y las comisiones de derechos humanos en contra de la prestación de servicios de salud.

Lo anterior se confirma con la lectura del Transitorio Tercero del Decreto de creación que señala que la COESAMED “no conocerá de quejas o inconformidades presentadas ante las Comisiones Nacional y Estatales de Derechos Humanos que hubiesen sido resultas por las mismas en la entrada en vigor del presente Decreto”

3.1.2. Marco Normativo

El marco normativo que rige esta institución es el siguiente:

1. *Decreto por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico*, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 9 de octubre de 1998. En adelante nos referiremos a este como Decreto;
2. *Reglamento interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, aprobado por el Consejo de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, en sesión extraordinaria de fecha veintiocho de octubre de mil novecientos noventa y nueve*, aprobado por el Consejo de la COESAMED y publicado en el Periódico Oficial del Estado el 04 de diciembre de 1999, en adelante Reglamento; y
3. *Manual de procedimientos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí y de atención al público, aprobado por el consejo de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, en sesión Extraordinaria de fecha 11 de julio del 2000*, publicado en el Periódico Oficial del Estado, el 21 de junio de 2001, Edición Extraordinaria, en adelante Manual.

Cabe señalar que si bien el Decreto ordenaba en su cuarto transitorio que, a más tardar 60 días después su entrada en vigor, debería ser publicado el Reglamento Interno en el Periódico Oficial del Estado previa aprobación del Consejo. Sin embargo esto era imposible dado que el Consejo se instaló hasta julio de

1999 por lo que el Reglamento se publicó más de un año después. Este es el marco normativo que regula todas y cada una de las actividades de la Comisión¹³⁶.

Por otra parte el organismo reconoce una extensa serie de normas mediante las cuales justifica sus opiniones, dictámenes, recomendaciones y laudos algunas de ellas son¹³⁷: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4° párrafo 4°; Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, artículo 12, párrafo 2°; Ley General de Salud; Ley Estatal de Salud; Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Plan Estatal de Desarrollo; Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí; Reglamento Interior de los Servicios de Salud de San Luis Potosí y otros Reglamentos y Normas Oficiales en materia de salud. Es importante destacar que pese a que el marco normativo que se señala es amplio (el Manual de Organización contempla más de 100 instrumentos) no se incluyen en este listado normas de carácter internacional. Pese a esta omisión nada impide que dicho organismo los pueda invocar en un momento dado.

El marco de referencia de la COESAMED es mucho más extenso que el de su homóloga a nivel nacional, la cual en su Reglamento de Procedimientos omite las normas oficiales pese a que en los arbitrajes que realiza dicha institución revisan elementos técnicos que se utilizaron en el acto médico que se reclama y que en muchas ocasiones se encuentran regulados por las Normas Oficiales Mexicanas cuyo cumplimiento es obligatorio.¹³⁸ Esto es relevante por el hecho de que la COESAMED no realiza arbitrajes sino que integra los expedientes para posteriormente remitirlos al tribunal arbitral de la CONAMED.

¹³⁶ Así se señala en el oficio CEAM/490/13 que responde a la una solicitud de información de fecha 9/10/13

¹³⁷ Informe de Actividades de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico correspondiente al periodo 1999 a 2005 y Trimestre de Enero a Marzo de 2006, con fecha de elaboración de 13 de abril de 2006 y Manual de Organización Aplicado a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, elaborado en marzo de 2012.

¹³⁸ Artículo tercero, fracción XI de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Publicada en el Diario Oficial de la Federación 1 de julio de 1992, última modificación 9 de abril de 2012, vigente

3.1.2.1. Naturaleza Jurídica

El artículo primero del Decreto se establece que la Comisión es “un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, con personalidad jurídica y plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y sentencias relacionadas con la prestación de servicios médicos”

Un órgano desconcentrado es un organismo que forma parte de la administración pública, sus características son:¹³⁹

- a) Forman parte de la centralización administrativa, lo cual se actualiza en la COESAMED forma parte de uno de los órganos de la administración pública que son los Servicios de Salud en el Estado;
- b) Mantienen relación con algún órgano centralizado, en este caso de los Servicios de Salud en el Estado, la COESAMED está subordinada al Dirección General de estos que queda a cargo del Jefe de Servicios Coordinados de Salud¹⁴⁰;
- c) Poseen libertad técnica, de lo cual está dotada la COESAMED desde su artículo primero. Esto significa no queda sujeta a ningún otro organismo para crear, organizar y aplicar los procedimientos que considere pertinentes de acuerdo a aquello en lo que se le ha dado autonomía;
- d) Su competencia es limitada, la COESAMED solo puede conocer de casos que se presenten en el Estado de San Luis Potosí, relativos a la protección de la salud en los servicios atención médica;
- e) No tienen personalidad jurídica propia, porque estos se crean como una extensión del órgano centralizado para facilitar el acceso a los usuarios a determinados servicios. En esta caso, observamos que el ejecutivo doto a esta institución de personalidad jurídica en el artículo ya mencionado, en franca contradicción con la naturaleza de estos organismos;

¹³⁹ ARRIAGA, Raúl, *Manual de Derecho Administrativo I*, Porrúa, México, 2008, p. 83.

¹⁴⁰ SSA-SLP, “Organigrama de los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí”, http://201.144.107.246/InfPubEstatad2/_SECRETAR%C3%8DA%20DE%20SALUD/Art%C3%ADculo%2019.%20fracc.%20II/A.%20Estructura%20Org%C3%A1nica/Direcci%C3%B3n%20General/Organigrama%20Abril%202014.pdf, consulta: 26 de abril de 2014.

A estas características se podrían agregar¹⁴¹:

- f) Carecen de patrimonio propio, debido a que no tienen personalidad jurídica. Ya que la COESAMED cuenta con personalidad jurídica propia puede en un momento dado adquirir patrimonio, lo que en la práctica no sucede al contar un con presupuesto limitado;
- g) Funcionan con recursos financieros muy limitados, debido a que su presupuesto depende del órgano centralizado al que pertenece, por lo mismo también carece de estabilidad financiera pues esta queda al arbitrio de la persona destinada a distribuir los recursos;

Por otra parte, en base a diversas características de la COESAMED se postula que este organismo podría considerarse una institución especializada en la tutela del derecho a la protección del derecho a la salud, partiendo del hecho de que esto se establece como uno de sus objetivos. Para ello se desarrolló un instrumento que se presentara en el próximo capítulo.

3.1.3. Objetivos

Los objetivos¹⁴² de la COESAMED se encuentran establecidos en el artículo segundo del Decreto y son:

- I. El cumplimiento del derecho a la protección de la salud, en cuanto hace a la prestación de servicios de atención médica.
- II. Resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; y
- III. La mejoría en la calidad de la atención médica.

¹⁴¹SOLÍS, Renán, "Naturaleza jurídica de los órganos de arbitraje médico", Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán, <http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/naturaleza-juridica-de-los-organos-de-arbitraje3.pdf>, consultada: 26 de mayo de 2014.

¹⁴² Por su parte la CONAMED limita su ejercicio a dos objetivos que son: Dirimir las controversias entre usuarios y prestadores del servicio médico y la búsqueda de la mejora en la calidad de los servicios.

Todos estos objetivos son relativos a funciones que le son propias al Estado, todas referidas a la tutela del derecho a la protección de la salud, pues incluso en la prestación de servicios de atención médica por parte de particulares el Estado tiene una obligación de proteger, es decir, impedir que un particular violente este derecho¹⁴³. Es importante hacer este señalamiento debido a que por ser una institución que se enfoca a temas relacionados con la salud y que depende de los Servicios de Salud del Estado, se puede confundir a esta con una institución médica o sanitaria; sin embargo la COESAMED no presta servicios de salud como los comprende el artículo 4° de la Ley General de Salud, se limita a vigilar que dichos actos se cumplan de acuerdo a los criterios legales, científicos y éticos imperantes.

Aunque esta tutela va dirigida al derecho a la protección de la salud no abarca todo el contenido de este derecho ya que lo limita a los servicios de atención médica. Cabe señalar que el preámbulo del Decreto establece que con dicho organismo se pretende a través de los medios alternos se contribuya a tutelar el derecho a la protección de la salud, es decir, un campo de acción mucho más amplio de señalado en la fracción I de dicho artículo.

Ante esta cuestión nos inclinamos a considerar que el ánimo con el cual se constituyó la COESAMED estaba orientado únicamente a los servicios de atención médica excluyendo otros campos que abarca el derecho a la protección de la salud. Se concluye en esto tomando como base a su homóloga a nivel nacional (CONAMED) que se circunscribe a este campo de trabajo y a que desde el momento en que inició actividades a la fecha esta institución lo ha interpretado de esta manera. Aun así la posibilidad de acceder a la Comisión por conflictos derivados de cualquier acto u omisión en la prestación de servicios médicos implica una amplia competencia. Esto es coherente con la naturaleza de los organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos, como señala Luis González Pérez:

¹⁴³Cfr, Capítulo Primero, apartado 1.1.2.1., en lo relativo a la Observación General 14

Un aspecto importante que se debe señalar respecto de los organismos no- jurisdiccionales de protección de los derechos humanos es que poseen facultades más amplias que las de los tribunales para calificar la naturaleza de las violaciones a los derechos fundamentales, ya que en tanto los propios tribunales tienen que tomar en cuenta esencialmente el principio de legalidad y constitucionalidad, los citados organismos no- jurisdiccionales pueden conocer de conductas administrativas no sólo ilegales sino también irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas, con lo que en esencia su competencia es más amplia.¹⁴⁴

El primer y tercer objetivo están estrechamente relacionados e incluso se podría considerar que el cumplimiento del derecho a la protección de la salud tiene como consecuencia la mejoría en la calidad de la atención médica. Por otra parte la resolución de conflictos médicos puede considerarse un medio para alcanzar los otros objetivos aunque por sí solo no puede generar cambios significativos en los servicios de atención médica de manera general sino se inserta el conflicto dentro del complejo entramado social e institucional que implican los servicios de atención médica. Una manera de lograr esto es a través del procesamiento de queja pues si se limitan a la resolución del conflicto inter-partes dejando de lado a otros que tienen también participación en el conflicto se contribuye consciente o inconscientemente a perpetúan el conflicto.

Por otra parte, como otros organismos sociales la COESAMED ha definido su Misión y Visión, los cuales presenta de la siguiente manera:

Misión: En nuestra Institución promover, recuperar o mejorar la salud de las personas es nuestro trabajo.

Lograr que éste sea de calidad implica creer en nosotros mismos... ésa es nuestra misión.

¹⁴⁴GONZÁLEZ, Luis, *op. cit.*, p. 103.

Tutelar el derecho a la protección a la salud, coadyuvar a mejorar la calidad de atención médica y resolver los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios relacionados con la atención médica, ya sean públicos o privados, con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto a través de la mediación, la conciliación, el arbitraje, la gestión pericial y la emisión de recomendaciones¹⁴⁵

Visión: Ser una institución líder en la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios relacionados con atención médica, reconocida por la población y la comunidad médica de San Luis Potosí como una instancia confiable por su objetividad, imparcialidad, confidencialidad y respeto¹⁴⁶

En la Misión se inscriben los objetivos que la COESAMED contiene en su Decreto y se le adiciona una serie de principios rectores que son: la imparcialidad, la objetividad, la confidencialidad y el respeto. Sin embargo, como se señaló anteriormente se le ha llegado a considerar una institución sanitaria lo que se observa en su meta de “promover, recuperar o mejorar la salud” lo cual va más allá de sus objetivos y se inserta dentro de los servicios de salud.

Por su parte la Visión de la COESAMED rompe con integrar completamente todos los objetivos y se limita la solución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios médicos. Esto como se mencionó antes no abona por sí mismo al derecho a la protección de la salud y la mejora en la calidad de la prestación de los mismo o lo hace manera muy lenta pues es hasta que la misma situación se presenta en reiteradas ocasiones que se puede identificar el problema de fondo y proponer las medidas correspondientes.

En ambos casos se señala como valor la imparcialidad, pero su interpretación en este organismo ya que dentro del organismo se tiende a comprenderla como dar

¹⁴⁵ Manual de Organización Aplicado a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, elaborado en marzo de 2012, p. 43

¹⁴⁶ Informe de Actividades de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico correspondiente al periodo 1999 a 2005 y Trimestre de Enero a Marzo de 2006, con fecha de elaboración de 13 de abril de 2006

el mismo trato a las partes sin importar sus situaciones particulares, esto no solo da como resultado una situación de inequidad de hecho profundizada por el derecho, sino que les ha llevado a invisibilizar la existencia de grupos vulnerables y por ende procurar su protección.¹⁴⁷

3.1.4. Sujetos

En principio cualquier persona con pleno ejercicio de sus derechos puede acudir a la COESAMED o en caso de incapaces pueden acudir sus representantes legítimos¹⁴⁸. Sin embargo durante el procedimiento se hará necesario que se ostente como usuario o prestador de servicios médicos ya que él organismo se especializa en los temas relacionados con la atención médica.

Los prestadores de servicios médicos los define el artículo 3° del Decreto, con base en las Leyes Estatal y General de Salud como “Instituciones de Salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica” Esto es importante porque el nombre del organismo puede llevar a pensar que solo se ocupa de actos ejecutados por los médicos o por profesionales de la salud.¹⁴⁹Cabe

¹⁴⁷ En entrevistas realizadas al Comisionado y a uno de los Consultores Jurídicos estos hacían hincapié en la imparcialidad, partiendo de una igualdad formal de las partes pero ignorando las condiciones propias de los usuarios, donde materialmente se presentan diversas desigualdades que influirán en una correcta conciliación. Incluso al cuestionárseles si se habían identificado grupos vulnerables los identificaban como casos aislados como los casos de mortalidad materna o ciertos grupos que en ocasiones se unen para hacer solicitudes específicas respecto a ciertos aspectos de la prestación de servicios. Esta forma de entender la imparcialidad y la igualdad pretende lograr que el prestador del servicio médico no se sienta juzgado o acusado dado que el sector sanitario suele percibir a la COESAMED como un órgano de impartición de justicia. (Mario Rada Espinosa, Comisionado de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y Guillermo Plascencia Blas, entrevistas realizada el 23 y 25 de abril de 2014 en San Luis Potosí, S.L.P. Entrevistadora: Fátima Araceli Márquez Chávez)

¹⁴⁸ Artículos 3 y 4 del Manual de Procedimientos

¹⁴⁹ El artículo 79 del Capítulo I sobre “Profesionales, técnicos y auxiliares” de la LGS señala “Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietóloga, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica pre hospitalaria, medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia

señalar que los prestadores de servicios médicos también pueden recibir asesoría e información de la COESAMED.

Este mismo artículo señala define a los usuarios como “las personas que solicitan, requieren y obtienen dicho servicio de los prestadores de servicios médicos para proteger, promover y restaurar su salud física o mental”. Aunque la COESAMED se limita a todo aquello relacionado con la prestación de servicios de atención médica, estos servicios incluyen una multitud de acciones.

El ejercicio de este organismo se circunscribe dentro de una visión individualista del derecho a la protección de la salud ya que se enfoca al *acto médico* que según la Ley General de Salud se distingue de los *servicios de salud* en que este último se refiere a todas aquellas acciones para promover, proteger y restaurar la salud del individuo y la colectividad mientras el primero habla de las mismas acciones dirigidas únicamente al individuo. Sin embargo el mismo organismo sostiene que a través de la recepción de quejas de casos individuales se van creando antecedentes que permiten realizar cambios que beneficien a toda la colectividad así lo expresa el actual Comisionado al señalar:

- aquí se recibe la - inconformidad del usuario entonces eso se traduce definitivamente en la elaboración de políticas públicas, en la elaboración de políticas educativas, esto es a nivel estatal y a nivel nacional. Si influye el hecho de que conozcamos de todos estos problemas para que haya modificaciones y eso lo hemos visto en simposios en donde se han presentado secretarios de salud ante la CONAMED¹⁵⁰

física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y ortesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes”

¹⁵⁰ Mario Rada Espinosa, Comisionado de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, entrevista realizada el 23 de abril de 2014 en San Luis Potosí, S.L.P. Entrevistadora: Fátima Araceli Márquez Chávez

3.1.5. Estructura

Este punto se presenta en dos apartados. Uno presenta la estructura de la COESAMED tomando como base el marco normativo antes señalado, aunque se hacen algunos comentarios donde se confronta esta información con datos obtenidos a través de otros medios. El segundo apartado toma como referencia dos manuales de carácter interno recibidos vía correo electrónico como respuesta a una solicitud de información y que reflejan la actual estructura y organización.

3.1.5.1. Estructura con base en el marco normativo

La estructura de la COESAMED¹⁵¹ se encuentra regulada por los artículos 7 al 14 del Decreto y se desarrolla en el Reglamento. De manera general el Decreto señala que estará integrada por los siguientes órganos de gobierno: un consejo, un comisionado y unidades administrativas.

A. El Consejo

Este estará integrado por nueve miembros y presidido por el Comisionado. Los consejeros serán propuestos por el Ejecutivo Estatal y deben ser distinguidas personalidades de la Sociedad Civil de reconocida trayectoria profesional. Sin embargo, en contradicción a lo anterior, cada puesto en consejo está determinado por su adscripción a diferentes organismos públicos, donde a la persona que presida la institución se convierte automáticamente en consejero. Este es un cargo honorífico que durara el tiempo que dure la gestión en las instituciones que se señalan.

Por su parte el Reglamento añade un miembro al consejo, el Secretario Técnico, que estará a cargo de uno de los Subcomisionados, de los cuales se hablará más adelante. Este Secretario puede a su vez auxiliarse de un prosecretario que será asignado por el Consejo. Las funciones del Secretario Técnico se limitan a la organización de las asambleas de consejo, la organización y memoria de las actas

¹⁵¹ Anexo 3, Organigramas de la COESAMED

que se levanten en cada sesión, mantener la información sobre los temas debatidos y acuerdos concertados.

El Reglamento en su artículo 7° establece que el Consejo es el máximo órgano de gobierno dentro de la COESAMED “cuyo objetivo primordial es conducir la política que debe regir en esta, para adecuado desarrollo de las atribuciones encomendadas”. En general las atribuciones de consejo son de carácter meramente administrativo, tiene funciones de vigilancia, facultades para emitir normatividad interna, tomar decisiones presupuestales y administrativas, Si bien puede proponer planes y programas de trabajo, etcétera.

No existe un procedimiento para la selección de los integrantes del Consejo, ni para remoción. Aunque el cargo de consejero es honorífico podría presentarse el caso de que personas interesadas ajenas a las instituciones señaladas quisieran formar parte del Consejo, pero por la manera en que fue diseñado se impide que en un momento dado puedan acceder al él.

También existe una clara la falta de pluralidad en el Consejo, ya que al menos 3 de los consejos pertenecen al gremio médico como son el Presidente del Colegio de la Profesión Médica, la Directora de la Facultad de Medicina y el Director de la Facultad de Estomatología de la UASLP¹⁵². Los demás consejeros si bien no necesariamente pertenecen a este gremio guardan una estrecha relación con el sector de prestación de servicios de salud lo que hace cuestionable su imparcialidad, como es el caso de los delegados del IMSS y del ISSSTE respectivamente y el Director General de los Servicios de Salud de San Luis Potosí. En este último caso existe conflicto de intereses ya que la COESAMED no solo depende de estos, también se encuentra vinculada a la misma por el Consejo que en un momento dado es quien propone el presupuesto y ejerce funciones de vigilancia; mientras las funciones de la COESAMED van dirigidas a prestación de servicios de salud que en mayor porcentaje son prestados por el Estado, es decir, evalúa a los propios SSA

¹⁵²La Comisión es excluyente incluso con otros miembros de la comunidad de prestadores de servicios de salud ya que no sé contemplo a otras profesiones como enfermería, nutrición, químicos, etcétera

Con lo anterior estamos frente a 6 consejeros cuya imparcialidad y objetividad es cuestionable en razón de su adscripción y profesión, por lo que se puede presuponer –aunque no confirmar- que se inclinaran a favorecer a los prestadores de servicios médicos. Esto sin contar al Comisionado, que tiene el voto de calidad en las discusiones y el cual según el Decreto debe contar con un título profesional *preferentemente* en medicina. Al cuestionarse sobre esta situación al Comisionado este señaló que finalmente el objetivo de la COESAMED era la atención del paciente el cual al perder la salud acudía al médico dando origen a la relación clínica en donde el principal experto es médico aunque no considera que pueda existir imparcialidad ya que en el Consejo existen personas pertenecientes al medio legal.¹⁵³

También es cuestionable el que el delegado del IMSS y el delegado del ISSSTE formen parte del Consejo cuando el organismo no tiene competencia en asuntos derivados de la prestación de servicios en instituciones de salud de carácter federal.

También se corre el riesgo de que el usuario desconfíe de la imparcialidad del organismo y por lo mismo no acuda a presentar su queja. La preeminencia de personas ligadas a la prestación de servicios médicos en el Consejo se puede deber a que se interpreta son estas quienes pueden hacer una mejor aportación a un organismo especializado en la protección del derecho a la salud, sin embargo, debe recordarse que el concepto de salud varía según la disciplina que aborde su estudio y que un prestador de servicios de salud no necesariamente posee conocimientos de este como un derecho humano.

El consejo contempla otros tres consejeros que se consideran ajenos a la práctica médica. Dos de ellos aportan una perspectiva legal aunque uno de ellos no necesariamente debe tener esta formación ya que el quinto consejero esta designado para un *ciudadano distinguido* y actualmente lo ocupa el Lic. José Merced Ponce Blanco, pero el Decreto no estipula que formación o adscripción debe tener.

¹⁵³Ibidem Entrevista Mario Rada Espinosa (17)

Según lo expresa el propio Lic. Ponce este cargo estaba designado para el Presidente del Colegio de Abogados:

Me llamaron y me dijeron “Aquí el estatuto de la Comisión de Arbitraje Médico dice que debe de ser el presidente de la Asociación de Abogados y como usted es, usted tiene que estar presente”. Es el presidente, vuelvo a repetir, pero yo termine mis funciones de presidente y ellos acordaron, no yo, que yo continuara como Consejero Ciudadano.¹⁵⁴

Aunque el Decreto no señala nada al respecto es posible que al designarse como ciudadano distinguido al entonces Presidente de la Asociación de Abogados se buscará integrar al Consejo una opinión legal y dar una imagen de equidad en dicho cuerpo. Por otra parte existe una grave omisión respecto al cargo de quinto consejero pues no se señala por cuánto tiempo durará en este cargo por lo que se ha comprendido como un nombramiento vitalicio

B. El Comisionado

El Comisionado es nombrado por el Gobernador del Estado a quien el Consejo puede proponer una terna para dicha designación. Además de ejercer la representación de la Comisión preside el Consejo y es originalmente el responsable del trámite y resolución de todos los asuntos que sean competencia de la COESAMED. En ausencias temporales las funciones las puede realizar un subcomisionado o cualquier otro funcionario que se nombre para tal efecto.

No se precisa un periodo mínimo o máximo para estar en el cargo, ni las formas de remoción lo que ha llevado a que los cambios se realicen solo por renuncia del Comisionado. Aunque su nombramiento puede provenir de una propuesta del Consejo, no se determinan los criterios de selección ni el

¹⁵⁴ Entrevista a José Merced Ponce Blanco, Abogado Postulante, entrevista realizada el día 22 de mayo de 2014 en San Luis Potosí, S.L.P. Entrevistadora: Fátima Araceli Márquez Chávez

procedimiento que se seguirá para la designación, además de que estamos frente a un órgano colegiado cuya imparcialidad hemos cuestionado anteriormente. Los Comisionados pueden ejercer su cargo como tal al mismo tiempo que ejercen otras actividades propias de su formación ya que el marco normativo es omiso respecto a esta situación,¹⁵⁵ esto puede producir en un momento dado conflicto de intereses.

Los requisitos para ejercer el cargo de Comisionado son: a) ser ciudadano mexicano en pleno ejercicio de sus derechos políticos y civiles; b) tener cuando menos treinta y cinco años cumplidos el día de la designación; c) tener título profesional, preferentemente de médico con ejercicio no menor de cinco años al momento de su designación; y d) haberse distinguido por su probidad, competencia y antecedentes profesionales en el ejercicio de las actividades que se vinculan a las atribuciones de la Comisión Estatal.

Los dos primeros son requisitos comunes para ocupar cargos públicos en las instituciones del país, pero a diferencia de otros organismos locales, no se exige que el Comisionado sea potosino o avecindado, otra exigencia común que aquí no se considera es no haber sido sentenciado por algún delito doloso o gozar de buen nombre y prestigio social. La tercera característica limita a que el cargo solo puede ser ocupado por personas con título profesional y el perfil deseado es el de médico con lo que otra vez encontramos que se favorece un determinado gremio lo que nuevamente lleva a cuestionar la imparcialidad del organismo.

Sin embargo en el ejercicio no se coincide con la normatividad, ejemplo de ello es el procedimiento que se siguió para el nombramiento del tercer Comisionado Dr. Alberto Rodríguez Jacob que inicia su gestión tras la renuncia del Dr. Héctor Marroquín Segura. En reunión de Consejo de fecha 13 de octubre de 2003¹⁵⁶ se acepta la renuncia del Dr. Marroquín y acto seguido el Dr. Toranzo Fernandez entonces Director de los Servicios de Salud propone al Dr. Rodríguez Jacob el cual es aceptado como tal por todos los presentes por lo que acuerda el envío de dicha

¹⁵⁵ El tercer Comisionado laboraba en el Instituto Mexicano del Seguro Social a la par que fungía como funcionario de la COESAMED y el actual Comisionado presta sus servicios en un consultorio particular.

¹⁵⁶ Acta de Consejo de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de fecha 13 de octubre de 2003, San Luis Potosí, S.L.P.

propuesta al Gobernador Constitucional del Estado para que realice los trámites correspondientes contrario a lo dispuesto en el Decreto que señala que el Consejo proporcionara una terna para la designación. En este caso se hizo la elección y solo se remitió al Ejecutivo para su formalización.

C. Los Subcomisionados

La figura del subcomisionado no aparece en el Decreto y es en el Reglamento donde se instaura y regula¹⁵⁷. Surgen como apoyo para el despacho de asuntos que corresponden directamente al Comisionado y son nombrados por este mismo. Se clasifican en A y B y cada uno de uno de ellos tiene a su cargo la gestión de las unidades administrativas que forman parte de la Comisión. Su principal función es auxiliar al Comisionado efectuando todas aquellas tareas que el mismo les encomiende y la dirección de las unidades administrativas a su cargo.

Los requisitos para ser Subcomisionado son los siguientes: a) Tener título profesional en medicina para el Subcomisionado A y en abogado o licenciado en derecho para el Subcomisionado B, expedido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; b).- Tener diez años cuando menos en el ejercicio de la profesión; c).- No tener antecedentes penales; d).- Tener 30 años cumplidos en el momento de ser designado; y e).- Residir en el Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí.

Las exigencias para ser Subcomisionado son mayores a las del Comisionado aun cuando este último tiene mayor jerarquía y responsabilidad dentro del organismo. Se desconoce en qué se fundamenta la exigencia de un mínimo de diez años de experiencia. No existe ninguna razón para que los Subcomisionados tengan alguna determinada profesión, en especial porque varias de las áreas a su cargo implican funciones diferentes a las realizadas en sus respectivas profesiones.

¹⁵⁷ En el Manual de habla de *Subsecretario* pero se estima que se trata del mismo cargo y que se debe a un error en la denominación, ya que no se le asignan nuevas funciones y también se clasifican en A y B.

El hecho de que el Subcomisionado A –médico-, quien es responsable de la Oficina de Orientación y Quejas tenga, entre otras de sus funciones, la de dictaminar la competencia y fundamento de las quejas recibidas puede considerarse como una decisión poco acertada pues en caso de desechar la queja puede atribuírsele cierta parcialidad hacia su colegas, aun cuando no sea así.

Sin embargo dicho cargo no existe realmente dentro de la Comisión, al cuestionarse al Consultor Jurídico del turno matutino sobre si el Subcomisionado y el Consultor eran diferentes denominaciones para el mismo cargo contestó “Nuestro reglamento si lo establece, al igual que nuestro manual de procedimientos, nuestro decreto de creación. Pero específicamente se habla en el reglamento interior. Actualmente no tenemos, no contamos con subcomisionado A, ni con subcomisionado B.”¹⁵⁸

Aunque es posible que se trate del mismo cargo con diferente denominación los Subcomisionados y los Consultores solo coinciden en que uno tiene una especialidad en medicina y otro en derecho, pero las atribuciones difieren en tanto que el Reglamento establecía actividades específicas para cada uno mientras en la práctica estas son muy limitadas y relativas solo a la ejecución de los procedimientos¹⁵⁹ que pueden ser realizarlas indistintamente por cualquiera de ellos. El Reglamento, como ya se señaló, designa a cada Subcomisionado la dirección de determinadas unidades administrativas mientras los Consultores realizan indistintamente algunos trámites de todas ellas con excepción de la Oficina de Administración que queda a cargo del Administrador de la COESAMED aunque en el Reglamento esta queda a cargo del Subcomisionado “A”.

¹⁵⁸ Entrevista a Guillermo Placencia Blas, Consultor Jurídico turno matutino de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, entrevista realizada el día 25 de abril de 2014 en San Luis Potosí, S.L.P. Entrevistadora: Fátima Araceli Márquez Chávez

¹⁵⁹ Orientación, asesoría, gestión inmediata y conciliación

D. Unidades Administrativas

Son las diferentes áreas u oficinas en que se divide el trabajo de la COESAMED para el pleno ejercicio de sus funciones. Cada una de ellas queda a cargo del algún Subcomisionado y tiene funciones específicas, se dividen en Oficinas y son:

- a) *Oficina de orientación y quejas:* tiene entre sus funciones brindar asesoría y orientación. Respecto a las quejas recibe, atiende y analiza su procedencia, remite al órgano competente en caso de incompetencia, realiza investigación, remite al área de Conciliación, interpone denuncias cuando se desprenda de la queja la posible comisión de un delito y las demás que le asigne el Comisionado.
- b) *Oficina de conciliación:* recibe, analiza e investiga las quejas, realiza citatorios y notificaciones, efectúa las conciliaciones, propone soluciones, redacta convenios, propone el arbitraje y remite el expediente al área de arbitraje en caso necesario, así como las demás que le asigne el Comisionado.
- c) *Oficina de Arbitraje:* recibe, analiza y recaba la información necesaria para el arbitraje, substancia el arbitraje, redacta laudos y las demás que le asigne el Comisionado.
- d) *Oficina de Informática:* todas las funciones relacionadas con el área de informática que ayuden al funcionamiento de la Comisión.
- e) *Oficina de Administración:* elaborar políticas presupuestarias y administrativas, coordinar el presupuesto anual, elaborar manuales, administrar recursos humanos, tramitar constancias de nombramientos, y demás relativas a la administración de la Comisión.
- f) *Oficina de Compilación y Seguimiento:* representar legalmente a la Comisión en procedimientos judiciales, asesorar jurídicamente otras áreas de la Comisión, dictaminar los convenios, acuerdos y colaboraciones con otras instituciones, llevar registro y elaborar proyectos de instrumentos jurídicos que celebre la Comisión, expedir copias certificadas, normar los procedimientos arbitrales, coordinar con otras oficinas acuerdos, convenios

y laudos, y todo lo relativo al desarrollo de los aspectos jurídicos de la Comisión.

- g) *Oficina de investigación y métodos*: realizar labores relativas a la mejora de los Servicios de Salud y de los servicios de la Comisión, generar un sistema de estadística interna, proponer sistemas de indicadores de gestión, coordinar informes, elaborar métodos y procedimientos administrativos, y otros que le asigne el Comisionado.

Aun cuando el Reglamento establezca estas unidades, en la práctica las mismas no existen tal cual, esto nos lo hace saber el Consultor Jurídico

Existen dentro del reglamento pero debido a que no contamos con los recursos suficientes no podemos tener todas esas oficinas. Tenemos algunas de ellas como la de conciliación, la de arbitraje, la de administración, la de orientación, pero no tenemos las otras. Nosotros mismos, el equipo que conformamos la Comisión nos desarrollamos. Podemos hablar de la oficina de investigación pues nosotros investigamos a través de la internet, de libros, impartimos las pláticas correspondientes que también vendría siendo la de investigación y enseñanza, pero en relación a como están establecidas en la ley las oficinas pues no, por lo mismo que no contamos con los recursos necesarios para ello.¹⁶⁰

3.1.5.2. Estructura y organización actual

Este apartado se basa en dos documentos de carácter interno de la COESAMED, el Manual de Procedimientos¹⁶¹ distinto al mencionado en el marco normativo y el Manual de Organización¹⁶², ambos redactados por requerimiento de Oficialía Mayor de Gobierno del Estado, los se remitieron vía correo electrónico como respuesta a la solicitud de información de fecha 9 de octubre de 2013 ante el requerimiento de los

¹⁶⁰ *Ibidem* Entrevista Guillermo Placencia Blas, (25)

¹⁶¹ Manual de procedimientos aplicado a Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Septiembre de 2012, formato word

¹⁶² Manual de organización aplicado a Comisión Estatal de Arbitraje Médico

manuales de organización, servicios que se ofrecen, trámites, requisitos y formatos, así como los documentos que contengan las políticas de cada unidad administrativa, que incluya metas, objetivos y responsables de los programas operativos a desarrollar. También se toman en cuenta las entrevistas realizadas al Comisionado y Consultor Jurídico.

Según los documentos antes señalados la COESAMED está formada por un Comisionado, un administrador, un médico, un abogado y una secretaria. En este organigrama el Comisionado mantiene las características y funciones que señala el Decreto y que se abordaron en el punto anterior.

A. Administrador

Este funcionario tiene como objetivo “Programar el presupuesto a ejercer, y controlar los recursos humanos, materiales y financieros de que disponga la Comisión”. Sus funciones son las mismas que se asignaran a la Oficina de Administración en el Reglamento y que según el mismo dependía del Subcomisionado A. Además se le asignan otras funciones que relativas a la emisión de constancias de los cursos que se lleven a cabo y promover la publicidad de la Comisión.

B. Consultores

El Manual de Procedimientos de los puestos de Consultor Médico y un Consultor Jurídico para el turno matutino y vespertino. Sin embargo el Manual de Organización los designa únicamente como médico o abogado de orientación y quejas, conciliación y arbitraje, un binomio para el turno matutino y otro para el turno vespertino.

El objetivo de estos funcionarios según el Manual de Organización es “Llevar el procedimiento arbitral en coadyudancia con la Comisión Nacional Arbitraje Médico, instancia responsable del mismo” desde el punto de vista jurídico y médico respectivamente.

El Consultor Médico tiene como funciones, además de realizar los preparativos necesarios para enviar el caso a arbitraje a la CONAMED, emitir recomendaciones cuando no se resuelva la queja mediante la Conciliación, realizar la gestión inmediata, impartir pláticas y conferencias en clínicas y hospitales y las demás que le designe el Comisionado. El Consultor Jurídico, además de realizar los preparativos necesarios para enviar el caso a arbitraje a la CONAMED, realizar las notificaciones, fungir como oficialía de partes, impartir pláticas y conferencias en clínicas y hospitales.¹⁶³

C. Secretaria

Sus funciones son relativas a primera atención al público, redacción de documentos, manejo y organización de archivo, manejo y organización de la agenda institucional y demás relativas a los auxiliares universales de oficina.

3.1.6. Atribuciones

Se entiende por atribuciones los derechos y obligaciones de una autoridad que le son conferidos por ley, mismos que son necesarios para el ejercicio de sus funciones y consecución de sus fines.¹⁶⁴El artículo 5º de este decreto enumera las atribuciones de la Comisión en 27 fracciones. Si las atribuciones se redujeran a las relativas a intervenir para una amigable composición (contenido en la fracción III) podríamos decir que nos encontramos frente a un órgano cuya función es la aplicación de medios alternos especializado en conflictos derivados de la atención médica. Pero las facultades que se le otorgan abarcan una gama muy amplia que, debidamente ejercidas, dan un amplio margen de acción para trabajar en la defensa del derecho a la protección de la salud.

¹⁶³ Cfr. Anexo 8, Aunque no forma parte de este trabajo se quiere llamar la atención ante la disparidad entre el consultor médico y el jurídico, pues si bien ambos se encuentran jerárquicamente en el mismo nivel y comparten las mismas obligaciones, el salario del consultor médico es mayor en un 50% al del consultor jurídico,

¹⁶⁴“Atribución de facultades” en IJ-UNAM, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo I, Porrúa, México, 2007, p. 263.

La Comisión tiene facultades de promoción y difusión, como las contenidas en la I para informar y asesorar sobre los derechos y obligaciones derivados de la atención médica y la XVI para coordinarse con otras instituciones para diferentes actividades como cursos, talleres, y la XVII orientar a los usuarios respecto a las instancias competentes para resolver sus conflictos.

Cuenta también con facultades cuasijurisdiccionales para recibir, investigar y atender quejas relativas a las irregularidades en la prestación de servicios médicos (fracción I), recibir y requerir pruebas relativas a las quejas presentadas (fracción IV), realizar visitas a lugares que donde respecto a las cuales se hayan reportado irregularidades (fracción V), facultades para conciliar (fracciones III y VI) y para arbitrar (fracción VII), informar a las autoridades correspondientes de la negativa por parte de particulares e instituciones para proporcionar la información requerida, cumplir con los acuerdos o laudos, y de los hechos que pudiesen constituir algún ilícito (fracciones XI y XII)

Posee también facultades consultivas como emitir recomendaciones para mejorar la atención medica las cuales pueden derivarse de las quejas interpuestas o realizarse de oficio (fracción VIII), emitir opiniones respecto a aspectos derivados de las quejas o sobre asuntos de interés general dentro de la competencia de la Comisión (fracción IX), elaborar dictámenes y peritajes para otras instancias (fracciones XIII y XIV), proponer modificaciones a las disposiciones reglamentarias en materia sanitaria que favorezcan la salud de los potosinos (fracción XV).

Recordemos que entre las funciones que se le atribuyen a los organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos se encuentra la protección y promoción de los derechos humanos (este caso al ser un organismo especializado estamos ante la protección y promoción del derecho a salud en los servicios de atención médica), facultades consultivas y facultades cuasijurisdiccionales. Si bien nos posee todas sus características si existen varias similitudes que se analizaran en el próximo capítulo.

3.1.7. Competencia

Relativo a la competencia, esta se establece en los artículos 1º y 6º del Decreto. En el primero se establece la delimitación por materia donde se constriñe al conocimiento de aquellos asuntos relacionados con la prestación de servicios médicos mientras el segundo establece la competencia territorial de la Comisión la cual abarca y se restringe al Estado de San Luis Potosí.

El artículo 5º señala los casos en los cuales es incompetente los cuales son: a) en controversias materia de derecho penal con excepción de lo relativo al pago de la reparación del daño; b) en controversias materia de derecho civil ya sometidas a los tribunales, a menos que se renuncie al procedimiento; c) en controversias materia de derecho laboral; c) cuando se trate de quejas donde se advierta dolo o mala fe, carencia de sustentación o inexistencia de la pretensión y d) hechos que hubieran tenido lugar hace más de dos años, excepto si son obligaciones de tracto sucesivo.

Las dos últimas son en realidad causales de improcedencia similares a las establecidas en procedimientos judiciales, la última en particular se refiere a la caducidad de la acción y no contempla los supuestos en que los daños se conocieran con posterioridad a los hechos.

Cabe comentar que la exclusión de conciliación en conflictos que son materia de una controversia civil es injustificada ya que en otras instancias se ha mostrado que es posible la suspensión del procedimiento, previo acuerdo de las partes por tiempo determinado que permita efectuar el proceso conciliatorio y en caso de no llegarse a un acuerdo continuar el procedimiento ante los tribunales, como se contempla actualmente en la Ley de Mediación para el Estado de San Luis Potosí¹⁶⁵.

¹⁶⁵ La Ley de Mediación y Conciliación para el Estado publicada en el Periódico Oficial el martes 15 de abril de 2014, en su artículo 53 señala que si las partes deciden resolver su controversia a través de un mecanismo alternativo pueden hacer de conocimiento del juez dicha decisión. Tras el trámite de la queja en el Centro de Medios Alternos este último informará al juez para que suspenda el procedimiento por un periodo no mayor a 45 días. De no llegarse a un acuerdo se informa al juez y se sigue el procedimiento en la vía judicial.

Esto también podría ser aplicable a conflictos de naturaleza penal cuando se trate de delitos perseguibles por querrela o culposos¹⁶⁶.

Por otra parte las causas de improcedencia de una queja basadas en la carencia de sustentación o inexistencia de la pretensión son términos muy técnicos podrían complicar el procedimiento dando lugar a que el quejoso requiera de asesoría jurídica a fin de poder presentar una queja procedente, ya que el artículo 18 del mismo decreto establece que antes de tramitarse la queja se procederá a un análisis previo a fin de determinar su procedencia. Además lo anterior requiere que el análisis de la queja se realice por un conocedor de derecho procesal y según el organigrama el estudio previo a su admisión lo realiza un médico.

Por último relativo únicamente a los casos de los cuales puede conocer en conciliación según el artículo 5º fracción III, la Comisión puede intervenir cuando se trate de: a) probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio médico; b) probables casos de negligencia médica con consecuencias sobre la salud del usuario; c) probables casos de irregularidad o incumplimiento de las obligaciones del usuario del servicio; y d) aquellas que sean acordadas por el Consejo.

El inciso c) permite al prestador de servicios médicos acudir cuando el usuario incumpla con sus obligaciones creando una situación de equidad para las partes, trasladando el enfoque del organismo de las personas al objetivo de protección del bien jurídico tutelado. Cuando la COESAMED reciba una queja sobre la cual se incompetente orientara a los usuarios sobre la instancias correspondientes o cuando sea competencia de otra Comisión o de la CONAMED la recibirá, se declarará incompetente y la remitirá a quien corresponda.

Normativamente los objetivos y competencia de la COESAMED son en términos generales afines a las instituciones no jurisdiccionales de protección a los derechos humanos, con ciertas salvedades, que si bien es preferible fuesen modificadas, no inciden de tal manera que alteren completamente el carácter de la institución.

¹⁶⁶ Por ejemplo los Acuerdos Reparatorios a los que se refieren el Capítulo II del Título I del Libro Segundo del Código Nacional de Procedimientos Penales publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 5 de marzo de 2014

3.1.8. Procedimientos

La COESAMED lleva a cabo las siguientes acciones: orientación, asesoría, gestión, conciliación, arbitraje y puede emitir opiniones, dictámenes y recomendaciones, pero solamente la conciliación, el arbitraje y las recomendaciones cuentan con un procedimiento establecido en el marco legal que rige al organismo. El Decreto regula estos en los artículos 17 al 26 pero es en el Manual de Procedimientos donde se establece todo lo relativo a las actuaciones, términos, notificaciones, escritos de queja y contestación, contenido del laudo y se detalla todo lo relativo a los procedimientos de conciliación y arbitraje.

La mayoría de las acciones se inicia con un primer acercamiento del usuario o prestador de servicios médicos al organismo, generalmente del primero mediante la interposición de la queja, aunque la COESAMED está facultada para actuar de oficio en algunos casos. Una vez que se expone el problema se decide qué tipo de acción se requiere para el caso en concreto^A. La orientación, asesoría y gestión usualmente se agotan en un solo acto. Cuando estas acciones no son suficientes para resolver el problema del usuario y si la Comisión es competente se procede a presentar la queja para iniciar una conciliación o un arbitraje.

Además de los datos y documentos que puedan presentar las partes la COESAMED está facultada para realizar investigaciones respecto a las quejas planteadas, solicitar y recabar información y realizar visitas con el fin de allegarse de todos los medios de prueba que considere necesarios.

Fig. 7 Mapa de procesos,

A. La conciliación

El procedimiento de conciliación¹⁶⁷ contenido en el Decreto y en el Manual presenta algunos elementos que no son compatibles con la naturaleza del mismo. Este método alternativo presenta diferentes ventajas más allá de la descongestión de los

¹⁶⁷ Cfr. Anexo 4

órganos jurisdiccionales las cuales se señalaron en el capítulo anterior, pero estas ventajas solo son visibles si el procedimiento conciliatorio se efectúa correctamente.

Existen actualmente diversas escuelas y técnicas de conciliación que analizan como llevar los procedimientos con base en a las características propias del conflicto que se presenta, pero al no ser el objetivo de esta tesis no se entra a su estudio. Las ventajas que se mencionaron pueden invertirse si el procedimiento de conciliación no se realiza correctamente: puede contribuir a bloquear los canales de comunicación generando una mayor brecha entre las partes, contribuir a las relaciones inequitativas y violentas y dar origen a acuerdos que solo beneficien a una de las partes, contribuir al sentimiento de frustración calificando a los mecanismos alternos como una pérdida de tiempo o procedimientos que solo benefician a una de las partes, etcétera.

El procedimiento de mediación que se propone en la COESAMED (y en la mayoría de los organismos similares a lo largo del país), propone una conciliación guiada por dos conciliadores, uno especialista en medicina y otro en derecho. La conciliación en realidad no requiere de esto ya que el conciliador es mayormente un facilitador del dialogo, quien más allá de emitir un juicio o dar la razón a alguna de las partes buscara que estas puedan hablarlo y solucionarlo por sí mismas, aunque se encuentra facultado para proponer soluciones sin imponerlas.

El modelo de la COESAMED tiene ventajas y desventajas ya que el conciliador médico como agente de realidad puede corregir falsas interpretaciones o concepciones respecto a la atención médica en tanto el conciliador abogado puede eliminar falsas expectativas sobre el procedimiento (conciliatorio y judicial) y sus resultados además de asegurar una correcta redacción del convenio. Por otro lado una de las desventajas radica en la desconfianza que este binomio pudiera generar en las partes dando lugar a que se desconfíe de la imparcialidad de los conciliadores en razón de su formación académica o que efectivamente alguno de los conciliadores olvide su rol y emita juicios o valores que lo dañen el procedimiento.

Otro elemento del procedimiento que es contrario a la naturaleza de la conciliación es la facultad que se le da a la COESAMED para allegarse de elementos de convicción. En la conciliación no se emiten juicios por lo que la autoridad no

requiere de elementos de prueba que acrediten el dicho de las partes. En los procedimientos conciliatorios impera la buena fe, es decir, que se confía en el dicho de las partes. Aun cuando las partes pueden presentar documentos para apoyar su dicho, al no tratarse de un procedimiento confrontatorio no es necesario que las partes los presenten pues la función del conciliador no será nunca la de emitir un fallo.

B. El arbitraje

La COESAMED contempla dos maneras de iniciar un procedimiento arbitral¹⁶⁸, posterior a la conciliación como consecuencia natural si no existe acuerdo o previo a esta, ya sea desde el momento en que se presentan la queja o por medio de una cláusula arbitral en el contrato de prestación de servicios, en este último caso y a petición de las partes el procedimiento puede iniciar con una audiencia conciliatoria. La adición de una cláusula arbitral a un contrato de prestación de servicios no requerirá ser registrada ante la COESAMED para hacerse valer en el momento oportuno.

Al igual que en el procedimiento conciliatorio es forzoso que ningún tribunal jurisdiccional este conociendo del asunto que se someterá a arbitraje, con excepción a lo relativo al pago de daños y perjuicios en materia penal o que las partes renuncien al procedimiento judicial en trámite.

Una vez pronunciado el laudo este tendrá efectos de cosa juzgada y será forzoso su cumplimiento por las partes. En caso de incumplimiento cualquier juez de la capital del estado de San Luis Potosí podrá hacerlo valer a menos que se haya designado cualquier otro en el compromiso arbitral. El laudo arbitral se pronunciara por colegiadamente por el Comisionado y los Subcomisionados, lo que significa dos expertos médicos y un en derecho.

Pese a que se denomina Comisión Estatal de Arbitraje Médico este organismo no realiza arbitrajes. Al cuestionarse sobre el número de arbitrajes realizados en

¹⁶⁸ Cfr. Anexo 4

dicha institución mediante solicitud de información de fecha 14 de febrero de 2014 que se respondió mediante el oficio número CEAM/082/14 de 28 de febrero de 2014 de la siguiente manera “Debido a la falta de infraestructura, es decir ante la ausencia de recursos humanos y económicos, desde su creación hasta la fecha en que se actúa, no ha desarrollado ningún procedimiento de arbitraje médico” en este mismo oficio se señala que en caso de que las partes quieran recurrir al arbitraje la Comisión envía el expediente a la CONAMED quien aplica el procedimiento arbitral y emite el laudo correspondiente.

C. Las Recomendaciones

La COESAMED a diferencia de la CONAMED está facultada para emitir recomendaciones¹⁶⁹ sobre la prestación de servicios médicos en el Estado con la finalidad de lograr el tercero de sus objetivos que la mejoría en la calidad de los servicios. Pueden derivarse de intervenciones realizadas de oficio o con motivo de una queja cuando se trate de actos u omisiones del conocimiento público en el ámbito estatal que podrían trascender los intereses de la sociedad o que pongan en riesgo el funcionamiento de un servicio en detrimento de la salud de la población usuaria. A diferencia de la conciliación y el arbitraje solo se encuentran reguladas en el Decreto ya que tanto en el Reglamento como en el Manual no se hace mención de ella.

El Decreto la dota de facultades de investigación en general pero en particular en lo relativo a las recomendaciones puede realizar visitas domiciliarias –sujetas a las formalidades legales- al establecimiento médico u hospitalario, de esto se excluyen los consultorios ya que El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica define los establecimientos médicos u hospitalarios como todos aquellos donde se presten servicios de atención médica, exceptuando consultorios.¹⁷⁰ Esta exclusión se contradice con el objetivo mismo de

¹⁶⁹ Cfr. Anexo 4

¹⁷⁰ Artículo 7, fracción III Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, DOF 14/05/1986, vigente.

las recomendaciones ya que se busca investigar actos u omisiones de prestadores de servicios de salud en general, por lo que esta exclusión carece de fundamento, pese a lo anterior la COESAMED mantiene la facultad de solicitar a cualquier profesionista, técnico o auxiliar información documental.

Para realizar estas visitas domiciliarias puede solicitar la colaboración de quien estime necesario y de las autoridades cercanas quienes están *obligados* a prestar auxilio de inmediato. De las diligencias que realice el personal de la Comisión puede levantar actas circunstanciadas y acompañarlas al informe de las gestiones realizadas. Para esto último se dota a los funcionarios del organismo de fe pública para certificar los hechos.

Las recomendaciones son, sin embargo, privadas. Esto es así con la finalidad de proteger el renombre y prestigio de o los prestadores de servicios médicos, la cual es una de las principales preocupaciones de la Comisión. Esto carece de sentido porque la recomendación está sustentada tanto por una investigación previa como por los conocimientos especializados de los profesionistas que realizan el estudio del caso, por lo que las conclusiones obtenidas se suponen objetivas y fiables de manera que no se pone en riesgo la reputación de ningún prestador de servicios sanitarios. Además el Decreto contempla preservar los datos que resulten necesarios para no agraviar la imagen pública de los interesados, respetando de esta manera el derecho a la protección de datos personales, con esto pueden darse a conocer las observaciones sin perjuicio de las partes, a fin de que la sociedad potosina pueda conocer el estado en el que se encuentra la prestación de servicios de salud lo que es un tema de interés general.

Por último hay que tener en cuenta que las recomendaciones no contienen juicios sobre los derechos de las partes solo del estado de la prestación de servicios, esto se presenta nuevamente como un planteamiento erróneo de la imparcialidad, pues se busca que la institución no lesione derechos de ninguna de las partes. Se reitera en el hecho de que las recomendaciones se suponen realizadas por expertos y mediante procedimientos que certifiquen la veracidad de las mismas por lo que todas estas previsiones a favor del prestador de servicios médicos parecen excesivas.

Las recomendaciones se envían al prestador de servicios para que este diga si acepta la recomendación o si la acepta pero propone una alternativa a la señalada para la mejora de la prestación de servicios, en este último caso la COESAMED puede decidir si acepta dicha propuesta. En caso de que no exista contestación se tiene por aceptada la recomendación. En todos los casos el prestador de servicios está *obligado* a acatarla pero no se señala la manera en que este cumplimiento se hará forzoso ya que no se señalan medidas de apremio o los mecanismos que se utilizaran para tal efecto. Dado que las recomendaciones son generalmente privadas carecen incluso de la fuerza moral que acompaña a las recomendaciones públicas y que pueden incitar al cumplimiento.

Como sucede con los procedimientos arbitrales el organismo no ha emitido ninguna recomendación pese a tener facultades para ello. Mediante Oficio Número CEAM/051/14¹⁷¹, se informa que “esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico desde su creación hasta la fecha en que se actúa, no ha emitido ninguna recomendación”. Al cuestionarse al respecto al Comisionado¹⁷² este respondió:

Entiendo que a nivel de Derechos Humanos, es una obligación en realizar lo que la Comisión Estatal de Derechos Humanos está diciendo como recomendación. A nivel de COESAMED la recomendación es una orientación hacia el juzgador, en este caso una opinión técnica, es proporcionarle los medios al que va a juzgar finalmente, o sea al magistrado, al juez, el proporcionarle un panorama del acto médico.

En este caso existe una confusión relativa a las atribuciones de la Comisión. En primer lugar como ya se señaló si tiene facultades para emitir recomendaciones ya sea a petición de parte o de oficio y estas según el Decreto deben ser cumplidas aunque no se señala la manera de garantizar u obligar a su cumplimiento. La función de las Recomendaciones es ayudar al cumplimiento de la mejoría de los servicios de

¹⁷¹ Cfr. Anexo 6

¹⁷² Entrevista Mario Rada, (18)

atención médica que se prestan a la población. Existe otra figura denominada *opinión técnica* que tiene el mismo objetivo de las recomendaciones, según la definición del Manual¹⁷³ en su artículo 2º fracción VIII estas son “dictamen emitido por COESAMED de oficio a petición de parte en asuntos de interés general para que se mejore la calidad en la prestación de servicios médicos”. No existe en el Manual otras referencias que confirmen si se trata de la misma figura ni se establece el procedimiento a seguir para la emisión de estas opiniones.

Por otro lado cuenta con la facultad para emitir dictámenes o peritajes en materia de prestación de servicios médicos cuya finalidad auxiliar u orientar al juzgador durante un procedimiento judicial a fin de que la resolución emitida por el mismo cuente con el mayor sustento técnico-científico. Esto implica o que la Comisión está confundiendo los dictámenes o peritajes con recomendaciones o posiblemente opiniones técnicas lo cual es difícil de determinar debido a la oscuridad que presenta el marco normativo, o que desatiende abiertamente las atribuciones que le han sido conferidas.

3.2. Conclusiones

En este capítulo se buscó describir a la COESAMED, tomando como base su marco normativo pero considerando también otros elementos como respuestas a solicitudes de información, manuales y entrevistas.

Como se señaló anteriormente, se pudo observar al inicio de esta investigación que dicho organismo ha pasado desapercibido para el grueso de los estudios de investigación e incluso en trabajos anteriores se encontró confusión en cuanto a sus atribuciones y objetivos. Por lo tanto este capítulo busca exponer de manera sucinta al organismo en su estructura, funciones y atribuciones.

Aunque la intención es comprender formalmente dicho organismo, de la investigación se pudo identificar que existen divergencias entre lo que señala la norma y como se funciona realmente la comisión. Estas diferencias radican

¹⁷³ En este caso nos referimos al Manual de Procedimientos publicado en el Periódico Oficial del Estado

principalmente en el desconocimiento de la norma y en una tendencia a ejercer sus funciones basándose en la CONAMED antes que en el marco normativo propio.

Por otro lado, el propio marco normativo da como resultado la creación de un organismo que si bien es creado para la tutela del derecho a la salud se ha conformado bajo la concepción de una institución de salud y no organismo de derecho, donde la mayor objeción se encuentra en su constitución, pues, además de carecer de autonomía, la mayoría de sus miembros pertenecen o trabajan en el sector sanitario lo que pone en duda su imparcialidad.

Otro problema que se identifica es la falta de continuidad entre los diferentes documentos que integran el marco normativo, más allá de la redacción, existen lagunas y contradicciones entre dichos documentos, por ejemplo, al aparecer figuras en el Decreto que desaparecen o son contrarias a las que aparecen en el Reglamento.

Todas estas cuestiones formales evidencian un organismo cuya planeación ha sido baja o nula y al que no se le ha dado un seguimiento a manera de identificar sus fortalezas y debilidades a fin de que pueda cumplir con los objetivos con los que fue creada. Esto es reprochable no solo por la necesidad de exista una efectiva tutela del derecho a la protección de la salud, también porque la COESAMED como otras instituciones del Estado son financiadas por el erario público.

Cabe señalar que además de las cuestiones de forma ya señaladas, este organismo funciona bajo una concepción paternalista y mecanicista del derecho a la protección de la salud. Ya se señalaba anteriormente que al cuestionarse por qué dicho organismo estaba en su mayoría integrado representantes del sector sanitario se respondió que esto se debía a que son ellos quienes saben sobre salud. Esto perpetua la idea de que salud es algo que concierne solamente a los profesionales en el área y excluyendo de la toma de decisiones al depositario y dueño de la misma.

Para que esta institución pueda cumplir de manera efectiva con sus objetivos es necesario que la misma reconozca al paciente como sujeto autónomo y a la vez que realice las labores necesarias para educar y fomentar en la ciudadanía dicha autonomía.

CAPITULO CUARTO

ANALISIS DE LA COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI A TRAVÉS DE LOS PRINCIPIOS QUE RIGEN LOS ORGANISMOS NO JURISDICCIONALES DE DERECHOS HUMANOS

SUMARIO: 1. Introducción, 1.1. Desglose de la aplicación del instrumento y resultados con base a su marco normativo, 1.2. Desglose de la aplicación del instrumento y resultados con base a la investigación de campo, 1.3. Otras características de los organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos, 1.4 Conclusiones

4.1 Introducción

A fin de poder determinar si la Comisión Estatal de Arbitraje Médico es una institución protectora de derechos humanos especializada en el derecho al acceso a la salud se diseñó un instrumento basado en los Principios Relativos al Estatuto de las Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos o Principios de París. Este instrumento permitió identificar los principios con los que cumple la COESAMED. Considerando que los principios son una serie de características se suponen deseables para estos organismos se tomaron cada una de ellas y se transformaron en preguntas adecuándose al carácter especializado y local del organismo o desechándose cuando dicho criterio se consideró de imposible realización por la naturaleza de organismo de estudio.

Dicho instrumento se aplicó en el marco normativo que rige el funcionamiento de la institución (mencionados en el capítulo anterior), es decir, el Decreto por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico –Decreto-, Reglamento interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico -en adelante Reglamento- y el Manual de procedimientos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí y de atención al público –Manual-.

Los Principios de París desarrollan una serie de directrices que sirven como base para instauración de las instituciones nacionales de derechos humanos divididos en cuatro apartados, los cuales son: 1) Competencia y Atribuciones, 2) Composición y garantías de independencia y pluralismo, 3) Modalidades de funcionamiento y 4) Competencia cuasijurisdiccional. Para la adecuación al organismo en estudio se tomaron en cuenta dos cuestiones relevantes:

a) Se trata de un organismo a nivel estatal. El documento se diseñó pensando en Comisiones Nacionales. Dado que la competencia es diferente y más restringida en el caso de la institución estatal, se ha buscado adecuar los principios a este hecho, es decir, evaluar la Comisión como una institución protectora de derechos humanos pero limitada al estado de San Luis Potosí.

b) Está especializada en la protección de un derecho en concreto, incluso, en un aspecto específico de este, mientras los principios se generaron pensando en instituciones que protegen todos los derechos humanos en general. Esto también se tomó en cuenta para el análisis de la COESAMED y se ha buscado adecuar los criterios, aunque en este caso los lineamientos han sido redactados de manera general por lo que la adecuación en este sentido no fue del todo necesaria pese a que se tuvo en cuenta en todo momento.

4.2. Desglose de la aplicación del instrumento y resultados con base a su marco normativo

Para la realización del instrumento se respetaron los apartados establecidos en los Principios de París con excepción de un criterio que se establecía en el titulado *Competencia y Atribuciones* y se trasladó al siguiente denominado *Composición y garantías de pluralismo e independencia* por las razones que se expresan más adelante. Para aplicar el instrumento se parte del conocimiento de que la COESAMED se crea con la finalidad de tutelar el derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica, lo que implica que desde un principio se concibió como un organismo protector de este derecho.¹⁷⁴

4.2.1. Competencia y Atribuciones

Las instituciones no jurisdiccionales de protección de derechos humanos tienen como principal competencia su protección y difusión, para lo que están dotadas de

¹⁷⁴ Anexo 5, Instrumento para medir la coincidencia con los órganos protectores de derechos humanos

diferentes atribuciones de carácter consultivo que le permiten la consecución de sus fines.

En este primer apartado el documento expone tres criterios básicos, el tercero de ellos, a su vez, se desglosa en diversos puntos. El primer criterio es relativo a la competencia por materia del organismo, sin embargo al momento de formularse el reactivo este se adecuó al hecho de que la COESAMED está especializada en la tutela del derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica. El segundo de ellos relativo a su mandato y fundamento jurídico se dividió en dos preguntas correspondientes a cada una de estas características, el cuestionamiento respecto a su fundamento jurídico se trasladó al segundo apartado en donde se establecerán las razones para ello. Respecto al tercer criterio en los Principios de París este se desglosa en varios incisos por lo que se desarrollaron 7 preguntas para cubrir este criterio, de las cuales una se eliminó por las razones que se expresan más adelante. Son en total 9 preguntas de las cuales solo se consideraron 8.

Cada pregunta se responde sí, no o parcialmente y se señala el fundamento jurídico que sustenta cada respuesta

1. ¿La institución es competente en el ámbito de promoción y difusión del derecho humano a la protección de la salud?

Sí, específicamente en lo relativo a la prestación de servicios médicos. El preámbulo o considerando del Decreto por el que se crea la Comisión de Estatal de Arbitraje Médico, establece que se busca crear mecanismos que “contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos”. Lo mismo se señala en el artículo 2° fracciones I y III donde se establecen los objetivos de la COESAMED. Para ello cuenta con diferentes atribuciones.

2. ¿Se establece en algún instrumento legal su mandato y ámbito de competencia territorial?

Sí, en el Decreto por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de fecha viernes 9 de octubre de 1998, en este mismo documento se establece en su

artículo 4° que pueden conocer de todas aquellas cuestiones relacionadas con la calidad y condiciones en que los sectores público, social y privado prestan servicios a la población en el Estado.

3. ¿Está facultada para emitir dictámenes, recomendaciones, propuestas e informes sobre todas las cuestiones relativas a la protección y promoción del derecho humano la protección de la salud en los servicios de atención médica?

Si, el artículo 1° y el artículo 13 fracción X, la faculta para emitir opiniones, acuerdos y sentencias, el artículo 5° donde se establecen sus atribuciones permite realizar informes y dictámenes en ciertos casos, mientras el artículo 27 la faculta para hacer recomendaciones. Para ello también se le ha dotado de atribuciones para solicitar informes y realizar investigaciones in situ.

En lo relativo a esta atribución, en los Principios de París se hace énfasis en que dichas facultades sean desarrolladas en las siguientes esferas:

a) En toda disposiciones de carácter normativo y administrativo, en esta caso aquellas de carácter local,

b) Toda situación de violación de derechos humanos de la que decida ocuparse (en este caso tendría que ser toda violación al derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica en el Estado),

c) Elaboración de informes sobre la situación de los derechos humanos, general o específica, y

d) Señalar a la atención del Gobierno las situaciones de violación de los derechos humanos en cualquier parte del país, proponer medidas encaminadas a poner término a esas situaciones y, en su caso, emitir un dictamen sobre la posición y reacción del gobierno. Por ser la COESAMED un organismo estatal se puede revisar si puede señalar situaciones de violación al derecho a la salud en cualquier parte del Estado y proponer medias para solucionarlos o emitir dictámenes al respecto.

En primer lugar el artículo 4° establece que puede pronunciarse sobre la calidad y condiciones de los servicios de salud público, social y privado en el Estado y la COESAMED cuenta con varias de las atribuciones antes enunciadas.

Por ejemplo, puede realizar dictámenes, pero no relativos a la situación del derecho a la protección de la salud, sino como opiniones especializadas para calificar la actuación de los prestadores de servicios médicos y su responsabilidad o como peritajes (artículo 5° fracciones XIII y XIV). Por otra parte puede emitir opiniones técnicas las cuales según el artículo 1° fracción VII del Manual son dictámenes sobre asuntos de interés general para que se mejore la calidad en la prestación de los servicios.

No se le atribuye expresamente la facultad para realizar informes o propuestas. Aunque no se señale expresamente se puede entender que tiene esta facultad en tanto que el artículo 13 fracción VII y XII le obliga a informar al tanto al gobernador como al Consejo sobre sus actividades y procurar que el informe que se haga al gobernador sea difundido entre la sociedad. También puede informar a la autoridad competente sobre la negativa a proporcionar información solicitada, el incumplimiento de alguna resolución, recomendación, laudo, compromiso arbitral o convenios conciliatorios realizados por la Comisión (artículo 5° fracciones X, XI, XII). Por otra parte puede emitir opiniones relativas a la prestación de servicios médicos que se consideren de interés general (artículos 1°, 5° fracción IX).

Está facultada para emitir recomendaciones a fin de lograr la mejoría en los servicios de atención médica en el Estado, las cuales pueden derivar de una queja o pueden realizarse de oficio sobre actos u omisiones que se estime sean de interés general (artículos 5° fracción VIII y 27).

Por lo anterior se puede concluir cuenta las facultades antes señaladas aun cuando no todas se denominen del mismo modo, de cualquier manera los mecanismos que tiene la Comisión puede revelar la situación de este derecho en el estado e incidir a favor de su mejor protección, lo cual es la finalidad de dotar a estas instituciones con mecanismos como estos, por lo que se puede concluir que cumple con este criterio.

4. ¿Puede proponer y asegurar la armonización legislativa a nivel estatal con el derecho internacional de los derechos humanos en materia del derecho a la protección a la salud?

Parcialmente, el artículo 5º fracción XV señala que la COESAMED está facultada para “proponer a la autoridad sanitaria estatal, que en el ejercicio de sus atribuciones, adopte las medidas necesarias para que se emitan o actualicen las disposiciones reglamentarias que favorezcan la protección de la salud de los potosinos”. Aunque no lo señala expresamente se puede interpretar como la armonización con el derecho internacional de los derechos humanos e incluso que con este artículo se busca una protección más amplia ya que habla de todo aquello que “favorezca la protección de la salud de los potosinos”. Sin embargo esta atribución solo queda en la facultad de proponer ya que no puede asegurar que dichas propuestas sean seguidas.

5. ¿Puede alentar la ratificación o adhesión a instrumentos de derecho internacional en materia del derecho a la protección de la salud?

No, al tratarse de un organismo estatal su competencia se limita al estado de San Luis Potosí, el cual por disposición constitucional, queda restringido para ratificar o adherirse a estos instrumentos (artículo 17, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos). Al ser un organismo estatal carece de influencia en las instituciones federales. Por la naturaleza del organismo en estudio este criterio es aplicable.

6. ¿Contribuye a la elaboración de informes que los Estados deben presentar en órganos como OMS y/o PAHO?

No aplica. Este criterio no está pensado para organismos locales, está pensado en organismos que a nivel nacional, pero incluso a nivel nacional la CONAMED no cuenta con esta atribución de manera expresa lo que no ha sido impedimento para que esta y otras comisiones de los estados colaboren directamente con estos organismos internacionales (no es el caso de la COESAMED en San Luis Potosí). Ya que el artículo 10 que habla sobre las atribuciones del consejo en su fracción I habla sobre el trabajo en concordancia con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es posible que indirectamente colabore enviando

información a la CONAMED que posteriormente está presente ante organismos internacionales.

7. ¿Coopera con organismos a nivel nacional y local que sean competentes en la esfera de promoción y protección de derecho en el que se encuentra especializado?

Sí, en primer lugar está facultada por el artículo 5° fracción XI para hacer del conocimiento de las autoridades competentes, Colegios, Academias, Asociaciones, Consejos Médicos, Comités de Ética el incumplimiento de una resolución, cualquier irregularidad o cualquier hecho que pudiera constituir un delito; en este mismo artículo fracción XVI convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas acciones de coordinación y concertación para cumplir con sus funciones, por último el ya mencionado artículo 10 fracción I que establece la colaboración con la CONAMED.

El artículo 21 fracciones VII y X del Reglamento establece como una de las funciones de los Subcomisionados la de coordinar acuerdos entre la Comisión y otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y Estatal cuyas funciones se vinculen con la Comisión

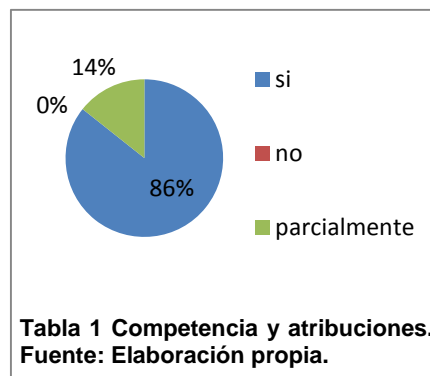
8. ¿Colabora en la elaboración de programas relativos a la enseñanza y la investigación en la esfera del derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica y participar en su aplicación en el ámbito escolar, universitario y profesional?

Sí, como ya se mencionó el artículo 5 fracción XVI le permite convenir con cualquier tipo de institución u organismo público o privado para cumplir con sus funciones. Esto se complementa con el artículo 21 fracción IX del Reglamento que faculta al Subcomisionado para establecer acuerdo y estrategias relación con academias y colegios de profesionales de la medicina y disciplinas vinculadas al objeto de la Comisión.

9. ¿Dan a conocer el derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica sensibilizando a la opinión pública mediante la información y la enseñanza recurriendo para ello a todos los medios de comunicación?

Sí, además del ya citado artículo 5° fracción XVI, el artículo 13 donde se establecen las facultades y obligaciones del Comisionado en su fracción XIII señala que puede establecer los mecanismos de difusión que permitan a los usuarios y prestadores de servicios médicos y a la sociedad en su conjunto conocer sus derechos y obligaciones en materia de salud así como las funciones de la Comisión. Esta obligación recae también sobre el Subcomisionado y la Oficina de Compilación y Seguimiento según el artículo 21 fracciones XII y XI.

Aunque se respondieron las nueve preguntas dos de ellas se excluyeron debido a la competencia en razón del territorio de la COESAMED pero se respondieron a fin de explicar las razones por las que no eran aplicables. Por las razones expresadas se al obtener los resultados totales de esta sección se excluyeron del conteo dejando un total de siete preguntas de las cuales seis se contestaron



afirmativamente y una como “parcialmente. Los resultados anteriores se vaciaron en una tabla y se convirtieron a gráficos dando como resultado un 86% de coincidencia de la Comisión con los criterios establecidos en los principios en tanto que el porcentaje restante se refiere a valores que no se cumplen totalmente.

4.2.2. Composición y garantías de independencia y pluralismo

Las instituciones no jurisdiccionales de protección de derechos humanos requieren de una composición pluralista que garanticen tanto la imparcialidad del organismo como el dar acceso a diferentes puntos de vista. También resalta la importancia de la independencia de estos organismos a fin de que su actuación no quede sujeta a presiones de ningún tipo.

En este caso se exponen también tres criterios básicos los cuales se desglosaron en 5 preguntas. Además se trasladó del primer apartado la pregunta concerniente al lugar donde se encuentra su fundamento jurídico ya que esto influye fuertemente en su autonomía siendo mayor cuando esta se encuentra en la constitución y disminuyendo en razón del instrumento jurídico que le da origen. Es la primera pregunta de este apartado y con las elaboradas a partir de los principios da como resultado 6 preguntas que se responden de la siguiente manera:

1. ¿Dónde se encuentra su fundamento jurídico?

Esta es la única pregunta de todo el instrumento que no pudo responderse de manera afirmativa o negativa. Las respuestas posibles según los Principios son en la constitución, una ley emitida por el legislativo o en otro tipo de instrumento legal. Pese a ello, las respuestas se han adecuado al criterio antes establecido de si/no/parcialmente debido a que gran parte de la fuerza e independencia del organismo radica en su fuente, de manera que aquellas que tienen un fundamento constitucional están en una mejor posición frente a aquellas cuyo origen se encuentra en una ley emitida por el legislativo y en último lugar se encuentran aquellas que tienen un origen diferente. Para realizar el ejercicio se equipararon los valores de la siguiente manera: constitucional/sí, legislativo/parcialmente, ejecutivo/no.

Esta pregunta se trasladó a este apartado debido a que el fundamento del organismo influye en su grado de independencia y libertad para ejercer sus funciones.

Con base en todo lo anterior, esta pregunta se responde con un no, debido a que el origen de la COESAMED se encuentra en un decreto emitido por el Poder Ejecutivo, donde además se establece su naturaleza como órgano desconcentrado de los Servicios de Salud en el Estado.

2. ¿La composición de la institución es pluralista?

No, el artículo 7° dice que la COESAMED está integrada por un consejo, un comisionado y las unidades administrativas que determine su reglamento interno. La estructura del consejo la establece el artículo 8°, este se integra por los titulares de

las siguientes dependencias: Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí, Directora de la Facultad de Medicina, Director de la Facultad de Estomatología, Delegado del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Director General de los Servicios de Salud en San Luis Potosí, el Director de la Facultad de Derecho y la Presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, solo uno de los consejeros no es titular de algún organismo y este cargo lo ocupa un ciudadano distinguido. Los primeros seis consejeros pertenecen al sector de la prestación de servicios médicos, aun cuando tengan una formación diferente trabajan en ese medio, lo que pone en duda su imparcialidad y objetividad y sobre todo la de la Comisión.

Por otra parte, el Comisionado no requiere ser prestador de servicios médicos, pero según el artículo 12 donde se habla de los requisitos para ser Comisionado señala en la fracción III que debe contar con título profesional preferentemente de médico. El Reglamento contempla la existencia de dos Subcomisionados, de estos uno debe tener un título profesional en Medicina y otro en Licenciado en Derechos o Abogado. De esta manera el organismo tiene en todos sus niveles una mayoría de funcionarios relacionados con la prestación de servicios médicos

Mientras los Principios de París sugieren la participación de organizaciones no gubernamentales, los sindicatos, las organizaciones socioprofesionales (juristas, médicos, periodistas y personalidades científicas), representantes de las corrientes de pensamiento filosófico y religioso; los universitarios y especialistas calificados; el Parlamento y las administraciones; las máximas autoridades en la Comisión pertenecen en su mayoría al sector de la prestación de servicios médicos y no cuentan con representación por parte de los grupos antes mencionados.

3. ¿El nombramiento de sus miembros se ajusta a un procedimiento que ofrezca garantías para asegurar la representación pluralista?

No, ya que se carece de dicho procedimiento. En primer lugar, como ya se mencionó, el artículo 8º establece cómo se integra el consejo y señala que los

titulares de las dependencias ya señaladas ocuparán un puesto en el consejo por el tiempo que funjan como titulares de la institución que representan.

El Comisionado, por otra parte, es nombrado por el Gobernador del Estado según el artículo 11 eligiéndolo de una terna propuesta por el Consejo de la Comisión como establece el artículo 10 fracción VIII.

Los Subcomisionados de los cuales habla el Reglamento son nombrados por el Consejo a propuesta del Comisionado, para ellos se exigen incluso mayores requisitos que lo que se exigen para el Comisionado (artículos 20 y 23). Para estos puestos se excluyen profesionistas que podrían ejercer las mismas funciones, por ejemplo, si se buscaba que el Subcomisionado A tuviera experiencia en materia de prestación de servicios de salud pudo haberse pensado en carreras como enfermería, química o incluso trabajo social con experiencia laboral en clínicas. Lo mismo sucede con el Subcomisionado B quien tiene a su cargo diferentes unidades administrativas cuya dirección no requiere la especialización que se le exige con excepción de la relativa al arbitraje.

4. ¿La institución tiene autonomía financiera?

No, por definición al ser un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud del Estado carece de ella y solo cuenta con autonomía administrativa y técnica. El Reglamento señala que el Consejo puede aprobar el proyecto de presupuesto anual de la Comisión pero siempre sujetándose a las políticas y disposiciones de los Servicios de Salud del Estado (artículo 11 fracción IV).

5. ¿Cuenta patrimonio propio y puede decidir sobre su personal?

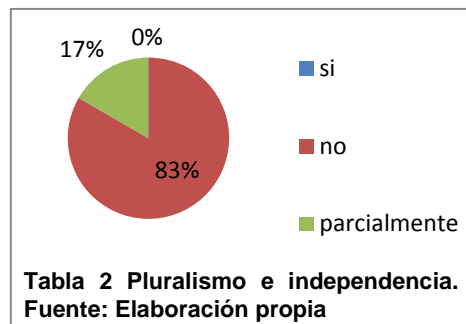
Parcialmente. El Decreto es omiso en lo relativo al patrimonio propio y por su naturaleza como órgano desconcentrado no lo tiene ya que depende de los Servicios de Salud en términos presupuestarios guardándose solo una autonomía de administración de los recursos que se le otorgan anualmente. En cuanto a la designación de su personal el Comisionado está facultado para nombrar y remover al personal de la Comisión Estatal según el artículo 13 fracción II. Además los Subcomisionados son nombrados por el Consejo pero a propuesta del Comisionado,

quien puede decidir cómo formar su equipo de trabajo. Por su parte el Reglamento encomienda la administración de los recursos humanos, financieros y materiales a la Oficina de Administración.

6. ¿El nombramiento de los miembros de la institución se hace mediante acto oficial y por tiempo determinado?

No, tanto para el Consejo como para el Comisionado no se realiza un acto oficial, solo se entrega el nombramiento a los funcionarios que ejercerán dichos cargos (artículo 8 párrafo segundo y artículo 11). Como la duración del cada consejero está sujeta a su duración como titular de alguna institución no existe un tiempo determinado para ocupar el puesto de consejero (artículo 8 último párrafo). En el caso del Comisionado el Decreto es omiso sobre el tiempo que puede durar en el cargo o la existencia de algún procedimiento para su destitución.

De las seis preguntas cinco se responden negativamente y solo una característica se cumple de manera parcial, siendo, como se verá más adelante, la condición con la que menos coincide. Esto no es poco relevante ya que estas características permiten el libre ejercicio de las demás puesto que el pluralismo y la independencia del organismo se reflejan en la legitimidad social del mismo y su desempeño.



Además muchas de estas características son viables para organismos como el que se estudia ya que la integración del consejo podría modificarse a fin de que este sea más plural y no existe una razón de peso para que no se establezca el nombramiento de sus miembros mediante acto oficial y por tiempo determinado. Por último y a fin de que este tenga autonomía financiera y libertad en el ejercicio de sus atribuciones podría cambiarse el carácter del organismo desconcentrado a organismo descentralizado de la administración pública estatal. Al igual que el

apartado anterior los resultados se vaciaron en una tabla y se convirtieron porcentajes donde en este caso la coincidencia es nula.

4.2.3. Modalidades de funcionamiento

Para estas instituciones se han recomendado ciertas atribuciones que les permitan conocer a fondo de los casos que se les presenten, para lo que requieren de facultades para realizar investigaciones y grupos de trabajo, con libertad para coordinarse y dirigirse a la opinión pública y entablar relaciones con otros organismos de gobierno y la sociedad civil que realice actividades en la materia.

En este caso se exponen también siete criterios básicos los cuales se desglosaron en siete preguntas que se responden de la siguiente manera:

1. ¿Puede conocer libremente de todas cuestiones comprendidas en el ámbito de su competencia de oficio o a petición de parte?

Sí, el artículo 4° establece “Para el cumplimiento de su objeto, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico cuenta con plena autonomía para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos, así como para pronunciarse mediante recomendaciones respecto de la calidad y condiciones en que los sectores públicos, social y privado prestan estos servicios a la población del Estado”. El Manual en su artículo 4 señala lo mismo y agrega la facultad para conocer de quejas por negativa del servicio.

2. ¿Puede recibir todos los testimonios y obtiene todas las informaciones y documentos necesarios para el examen de las situaciones comprendidas dentro del ámbito de su competencia?

Sí, el artículo 5° fracción II establece la facultad para recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de tales servicios, la fracción IV prevé que en caso de no llegar a una conciliación pueden recibir la información y pruebas aportadas por las partes en relación a la queja planteada y en su caso, requerir aquellas que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las

diligencias que correspondan; la fracción V la faculta para realizar visitas para obtener información técnica en relación con presuntas irregularidades que le sean sometidas a su consideración. Por otra el artículo 13 fracción IX faculta al Comisionado para solicitar todo tiempo de información a los usuarios y prestadores de servicios médicos y realizar las investigaciones pertinentes.

En el caso de las quejas el Decreto genera para los prestadores de servicios médicos una obligación de brindar todas las facilidades necesarias para la investigación de los hechos relacionados con la atención brindada, para lo que podrá solicitar información y realizar visitas.

Por otra parte, en lo relativo a las recomendaciones el artículo 28 establece que la Comisión realizara las investigaciones necesarias ya sea mediante la solicitud de información documental al prestador del servicio médico involucrado o a través de visitas directas al establecimiento médico y hospitalario.

En caso de que la información solicitada no se presente la Comisión puede hacer de conocimiento del órgano competente así como a los Colegios, Academias, Asociaciones, Consejos y Comités de ética esta situación (artículo 5° fracción X y XI). Cuando se trate de la investigación para la elaboración de una recomendación podrá solicitar el auxilio de las autoridades más cercanas las cuales están obligadas a prestarlo, levantar actas circunstanciadas y rendir un informe de la situación para lo cual el personal de la Comisión cuenta con fe pública (artículo 29).

Aunque según el Decreto y el Reglamento de manera originaria dicha facultad la tiene el Comisionado y el Reglamento en su artículo 24 fracción VI encomienda a la Oficina de Orientación y Quejas la tarea de solicitar y analizar la información relativa a los hechos materia de la queja. Por otra parte el Manual reitera que dentro del procedimiento Conciliatorio la COESAMED puede solicitar allegarse de cualquier elemento de convicción independientemente de aquellos que aporten las partes (artículo 50).

3. ¿Puede dirigirse a la opinión pública para dar a conocer sus recomendaciones y opiniones?

Parcialmente, no existe disposición expresa al respecto, pero el artículo 30 relacionado con las recomendaciones señala que cuando sea necesario hacerlas públicas, la Comisión preservara los datos que resulten necesarios para no agravar la imagen pública de los interesados, de lo que puede interpretarse que solo excepcionalmente podrán hacer del conocimiento general. Por otra parte el artículo 13 fracción VII obliga al Comisionado a informar anualmente al titular del Ejecutivo Estatal las actividades de la Comisión procurando que este informe sea ampliamente difundido entre la sociedad.

4. ¿Se reúnen de manera regular o cada vez que es necesario, previa convocatoria, todos sus miembros?

Sí, el artículo 9° establece que el Consejo sesionará ordinariamente por lo menos una vez cada dos meses, pudiendo celebrar sesiones extraordinarias, previa convocatoria del Comisionado o bien cuando lo soliciten cuatro o más consejeros. Por su parte el Reglamento señala que este sesionara en forma ordinaria y extraordinaria, previa convocatoria de su Presidente o a iniciativa de cuando menos cuatro de sus consejeros, de existir razones de importancia para ello (artículo 8).

5. ¿Puede formar grupos de trabajo cada vez que sea necesario y secciones locales o regionales para facilitar el desempeño de sus funciones?

Sí, el artículo 10, que establece las atribuciones del Consejo, en la fracción IX señala que puede guiar y organizar los Comités Técnicos de Apoyo, que sean necesarios para el mejor funcionamiento de la Comisión delegándole las funciones que requieran para el cumplimiento de sus objetivos y fines. El Reglamento transfiere esta facultad al Comisionado en artículo 18 fracción IV.

En lo relativo a las secciones locales o regionales el artículo 6° donde se fija el domicilio de la Comisión señala que este se encontrara en la ciudad de San Luis Potosí y “podrá establecer Delegaciones Regionales en el territorio del Estado, para la debida atención de los asuntos de su competencia”

6. ¿Mantiene coordinación con los otros organismos similares y órganos del Estado, especialmente jurisdiccionales?

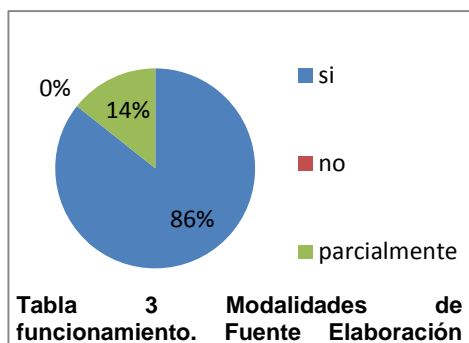
Sí, el artículo 10° fracción I establece la obligación de trabajar en concordancia con la CONAMED. Por otra parte el artículo 5° que establece sus atribuciones le permite hacer del conocimiento del “órgano competente” la negativa de información, el incumplimiento de las resoluciones emitidas o cualquier irregularidad detectada o aquellos hechos que pudiesen ser constitutivos de algún ilícito (fracciones X, XI, XII).

En el Reglamento se establece que compete a los Subcomisionados coordinar y establecer acuerdos con dependencias de la Administración Pública Federal y Estatal, instancias procuradoras de justicia y defensoras de derechos humanos y que compete la oficina de Compilación y Seguimiento dictaminar dichos acuerdos.

7. ¿Puede establecer relaciones con organizaciones no gubernamentales que se ocupen de la promoción y protección de los derechos humanos?

Sí, en el Decreto no se señala expresamente sin embargo, el artículo 5° fracción XVI le atribuye la facultad de convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir sus funciones, de lo cual podría derivarse esta característica. Por otra parte el Reglamento señala que es competencia del Subcomisionado establecer acuerdos y estrategias de relación con defensoras de derechos humanos y agrupaciones de cualquier naturaleza que sean de interés para el cumplimiento del objeto de la Comisión.

De las siete preguntas seis se contestaron afirmativamente lo que significa equivalencia en esos criterios mientras el resto se contestó como parcialmente lo que implica que no se cumple a la totalidad. El vaciado de resultados arroja un 86% de coincidencia del organismo con los criterios establecidos y el restante no se cumple en su totalidad pero tampoco le es ajeno.



El criterio cuyo cumplimiento es parcial se refiere a la emisión y publicidad de recomendaciones y opiniones, la COESAMED emite recomendaciones y opiniones, las cuales trata como una misma figura según su marco normativo, sobre cuestiones concernientes a la calidad en la prestación de servicios, en este caso solo puede hacerse pública en algunos casos, pero podría hacerse pública en todo momento preservando los datos personales o la información que se considere de carácter reservado hacerse pública cuando cesen las razones que hayan dado origen a la reserva. En términos porcentuales las coincidencias son de un 86% lo que implica un alto porcentaje de coincidencias.

4.2.4. Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasijurisdiccional

Los puntos anteriores desarrollan características que usualmente se encuentran o se sugiere contengan las instituciones nacionales de derechos humanos. En este apartado se desarrollan otras características que sin perjuicio de los anteriores coadyuva a estas instituciones en la consecución de sus fines. Estas características le permiten recibir y examinar denuncias presentadas por cualquier actor.

En este caso se exponen también tres criterios básicos los cuales se desglosaron en 6 preguntas que se responden de la siguiente manera:

1. ¿Está facultada para recibir y examinar denuncias y demandas relativas a situaciones particulares?

Sí, el artículo 4° la faculta para recibir quejas sobre presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y el 5 fracción II reitera esta atribución y la fracción IV del mismo le permite realizar las gestiones necesarias para dilucidar dichas quejas. Por otra parte el artículo 16 establece que las quejas de las cuales podrá conocer la Comisión deben derivar de una irregularidad en la prestación de servicios médicos o cuando se aduzca negligencia o impericia. Es decir, que la COESAMED contempla esta característica claramente limitada al ámbito de su competencia. De esta manera solo puede excluirse de conocer de aquellos casos

que son materia de controversia penal (exceptuando lo relativo a la reparación del daño), aquellos que son de controversia civil y laboral.

2. ¿Pueden recurrir a esta institución los particulares, sus representantes, terceros, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de sindicatos y cualquier otra organización representativa?

Parcialmente, el Decreto es omiso al respecto, señala en diversos artículos que pueden acudir a ella usuarios y prestadores de servicios médicos e incluso en el artículo 3° se les define. En el Manual se señala todo lo relativo a las personas que pueden acudir a la COESAMED en los artículos 3 al 6. Señala que puede acudir cualquier persona con capacidad de ejercicio o los representantes legales de aquellos que carecen de ella, también pueden acudir procuradores con poder bastante.

Ello implica que solo algunas de las personas a que hace referencia la pregunta pueden acudir, por ello se responde como parcialmente. Sin embargo, no toda organización tendrá interés jurídico o legítimo para acudir a presentar una queja, como asociaciones de sindicatos por ejemplo. Pero si se excluye a organizaciones civiles de que representen intereses de pacientes o prestadores de servicios médicos aun cuando estas agrupaciones podrían tener un mejor conocimiento de las condiciones en que se encuentra la prestación de servicios médicos y presentar quejas tendientes a la mejora de la calidad en el servicio lo cual es un objetivo del organismo.

Si se eliminara esta limitante y se permitiera a otras organizaciones interponer quejas aunado a la facultad de la COESAMED para realizar investigaciones y emitir recomendaciones u opiniones técnicas se favorecería a lograr los objetivos relativos a la protección de la salud.

3. ¿Recurren, en primera instancia, a soluciones amistosas como la conciliación?

Sí, el artículo 19 establece que una vez presentada la queja la Comisión propondrá el uso de formas alterna de soluciones litigiosas (conciliación y arbitraje) mientras el artículo 5° fracción III la faculta para intervenir en amigable composición.

4. ¿Se le informa al autor de la demanda acerca de sus derechos, en particular de los recursos de que dispone, y se le facilita el acceso a esos recursos?

Sí, el 5° fracciones I y XVII le atribuyen a la Comisión la facultad de brindar asesoría, información y orientación a las personas que se así se lo requieran. Además se hace del conocimiento del solicitante que la formulación de quejas y los procedimientos seguidos ante la Comisión no afectan el ejercicio de otros derechos o medios de defensa (artículo 15).

Por otra parte el Reglamento establece en el artículo 2° lo que se entiende por Orientación, el cual es un procedimiento mediante el cual los funcionarios de la Comisión brindan atención y asesoría sobre los derechos y obligaciones y señala que es competencia de los Subcomisionados el asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones así como orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver conflictos derivados de los servicios médicos por quienes carecen de título o cédula profesional.

En el mismo Reglamento se señala que es competencia de la Oficina de Orientación y Quejas (artículo 24 fracciones I y II) brindar asesoría en materia del derecho a la protección de la salud y orientar sobre las disposiciones que al respecto se consignan en las leyes general y estatal de salud y demás aplicables.

5. ¿Puede remitir a la autoridad competente los asuntos que le hagan de su conocimiento?

Sí, el artículo 5° señala que puede hacer del conocimiento de la autoridad competente aquellos casos en que se detecte una irregularidad o la comisión de algún ilícito (fracciones XI y XII). Por otra parte el Comisionado cuenta con la facultad

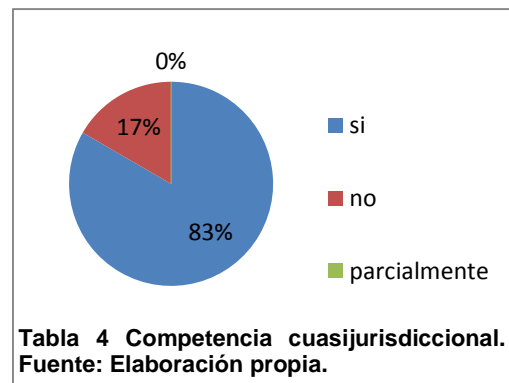
de formular denuncias y querellas o ejecutar toda clase de acciones judiciales, así como desistirse de ellas (artículo 13 incisos c y d).

El Reglamento establece señala que compete a la Oficina de Orientación y Quejas (artículo 24 fracciones VII y VIII) turnar a las autoridades o instituciones correspondientes los casos que no sean competencia de la Comisión y hacer del conocimiento de la autoridad la presumible comisión de algún ilícito por parte de algún prestador de servicios médicos.

6. ¿Puede emitir recomendaciones relativas a proponer reformas a las autoridades competentes respecto a los procedimientos cuando estos dificulten a los demandantes hacer valer su derecho a la prestación de la salud en los servicios de atención médica?

Sí, el artículo 27 relativo a las recomendaciones establece que estas pueden realizarse cuando existan actos u omisiones que puedan poner en riesgo el funcionamiento de un servicio en detrimento de la salud de la población. Aunado a esto el artículo 5° fracción XV la faculta para proponer las modificaciones necesarias a las disposiciones reglamentarias a favor de la protección de la salud de los potosinos.

En apartado de seis preguntas cinco se contestaron de manera afirmativa lo que se traduce en un 83% de coincidencia con los criterios establecidos. El resto se contesta de manera parcial y se refiere a quienes pueden acudir a la institución. En este caso la COESAMED diseñó sus procedimientos pensando en personas físicas y sus



representantes y tomando como base los procedimientos civiles pese a ser una institución de naturaleza distinta. De esta manera se excluyen organizaciones no gubernamentales o cualquier otra organización representativa.

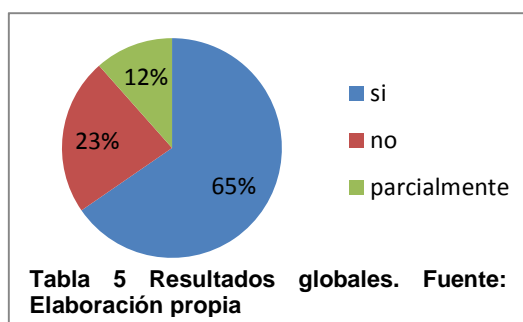
4.3. Conclusiones

Al final de cada sección se presentaron los resultados de la aplicación del instrumento en ese apartado para identificar por secciones la coincidencia. Ahora se presentan en conjunto los resultados para determinar el grado de coincidencia que existe entre los principios que rigen las instituciones protectoras de derechos humanos y la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

De 26 preguntas en total (excluyendo aquellas que no se consideraron por las razones ya expuestas) 17 se respondieron de manera afirmativa, 6 de manera negativa y 3 como parcialmente, lo que implica que en 17 de los criterios existe coincidencia, mientras 6 de ellos no se cumplen y el resto solo se cumplen parcialmente. Esto traducido a porcentajes arroja un 65% de coincidencia contra un 23% de divergencia.

Hay que señalar que este estudio no busca comprobar que la Comisión de Arbitraje Médico en San Luis Potosí es una institución nacional de derechos humanos, sino un organismo de naturaleza similar que tutela un derecho en específico, en este caso el derecho a la protección de la salud, la aplicación del instrumento busca identificar el grado de similitud. Se busca que una vez establecido que es un órgano protector del derecho al acceso a la salud con características similares a las que rigen a los organismos protectores de derechos humanos e identificadas aquellos rasgos que comparten y aquellos que no aportar información que permita realizar otros tipo de estudio sobre dicho organismo.

De manera que se encontró que existen varias coincidencias con los criterios que rigen a las instituciones protectoras de derechos humanos en los rubros de competencia y atribuciones, modalidades de funcionamiento y competencias cuasijurisdiccionales, donde en todos los casos el porcentaje de similitud era aproximadamente del 80%. Sin embargo en relación al pluralismo e independencia de la institución es totalmente incompatible con dichos criterios, lo cual no solo afecta los resultados globales pues estas características afectan el desempeño y la



legitimidad de manera que aunque se coincida en los apartados anteriores no se logra el objetivo de tutela y cumplimiento del derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Salud como bien jurídicamente protegido por el derecho

El haber iniciado esta investigación con el estudio de la salud obedece no solo a la búsqueda de un orden en la presentación de las ideas que se desarrollarían a lo largo de este trabajo, la intención principal radica en tratar de entender el bien jurídico protegido que tutela la Comisión Estatal de Arbitraje Médico. Si bien el objetivo principal verificar si es posible identificar a este como una institución protectora de derechos humanos especializada, este primer capítulo trata de describir cuales son las características del derecho en el cual se encuentra especializada sumar al objetivo principal los elementos específicos de protección que debe cuidar este organismo.

Ha quedado establecido que la salud es un bien jurídicamente protegido en el derecho internacional y el derecho interno, cuya importancia se puede asociar con el nivel de desarrollo humano de un país pero más allá de ello radica en que su ejercicio o restricción afectan directamente a la dignidad humana como otros derechos humanos.

Sin embargo su reconocimiento como derecho humano implica analizarlo no solamente desde el área jurídica, pues su comprensión implica un acercamiento interdisciplinario, mismo que no se agotó en este trabajo haciéndose énfasis en su estudio desde las ciencias sociales. Como tal se puede concluir que la salud es un concepto cuyo contenido depende de las condiciones sociales, económicas y culturales que lo rodean.

La extracción de este concepto del campo de las ciencias biológicas no limita su importancia a la generación de conocimiento sino que conlleva el romper el monopolio que sobre ella tenían estas ciencias. Mientras durante el periodo más mecanicista de la ciencia médica solo los médicos podían determinar que era la salud generando un dominio sobre los cuerpos y vidas de los pacientes, actualmente se pretende mediante el principio de autonomía devolver la autodeterminación a cada persona. Lo anterior se complica tanto por la resistencia de este gremio como

por el hecho de que esta autonomía requiere de otros factores como son la educación o una estabilidad económica para hacerse plenamente efectiva.

En esta investigación no se aporta ningún concepto de salud ni es pretensión de la misma hacerlo. Se retoma el concepto aportado por la OMS, pero es importante tener en cuenta que es un concepto dinámico y multidisciplinario si se le ha dado la calidad de derecho humano y por lo tanto tutelado por el Estado.

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud en México funciona bajo el concepto de *Salud* que ha sido proporcionado por la OMS el cual busca ser universal desconociendo la realidad de cada sociedad. Durante el primer capítulo se trató de hacer una síntesis de la evolución de la salud y de la atención médica, percibiéndose que ésta durante muchos años se convirtió en un área de acceso exclusivo para los médicos y si bien la relación clínica siempre ha existido la misma ha evolucionado llevando a la búsqueda actual de una que se dé en termino de equidad entre los intervinientes.

El propio concepto de la OMS se basa en la primacía de la *autonomía* del paciente. Se observa sin embargo, que no existen acciones o programas tendientes a propiciar en la población la misma fomentándose un sistema sanitario basado en la primacía del principio de la beneficencia que da como resultado el paternalismo médico.

Por otra parte el concepto de proporcionado por la OMS presenta como una de las mayores dificultades para su aplicación para la búsqueda de un grado de salud incompresible e inalcanzable basado en el *bienestar*. Es comprensible que como concepto presente los parámetros más altos para su cumplimiento a fin de que la sociedad aspire a ello.

Lo anterior influye en el SNS de salud en general pero específicamente afecta a la COESAMED. La práctica de la medicina bajo un concepto que idealiza la salud desatendiendo a los factores económicos, sociales y culturales que la influyen da como resultados mayores fricciones entre las personas que participan en el proceso de la atención médica dando lugar a diversos conflictos.

Como se presentó en el capítulo primero, la relación clínica da lugar al surgimiento de conflictos, especialmente en las sociedades más democráticas donde

los usuarios de los servicios de salud son más exigentes respecto a los mismos puesto que los mismos ya no se perciben como un acto de beneficencia sino como un derecho. Este conflicto presenta sus particularidades derivadas de la especificidad de la relación que se entabla.

En México para solucionar este tipo de conflictos (aunque esta es solo uno de sus objetivos) se crean organismos como la COESAMED que trabajan bajo un principio de autonomía que desconociendo los factores que la influyen (grado de conocimientos, estabilidad económica, etcétera) entiende al paciente como alguien que debe ser responsable por sus actos pero sin la capacidad suficiente para comprender y participar de las decisiones sanitarias.

Esto se observa en el marco normativo de la COESAMED, la cual funciona bajo partiendo de una igualdad de derecho que se plasma en sus procedimientos que si bien se suponen de buena fe han instaurado varios de los principios que rigen los procedimientos civiles pese a que se supone que la misma se presenta como una alternativa a estos. Este organismo recurre más a sus atribuciones como conciliadora que a las otras de las que se le ha dotado generando que en un ámbito fuera de la judicatura se privatice el conflicto dejando fuera a uno de los actores principales del conflicto que es el Estado como garante del derecho a la protección de la salud puesto que, como señala la OG14, debe respetar y cumplir, pero también protegerlo de los particulares que lo puedan dañar.

Cabe señalar que la COESAMED se presenta como una oportunidad para generar acciones desde el Estado tendientes a promover el principio de autonomía de los pacientes en la ciudadanía. Esta además facultada para ello, puesto que entre sus atribuciones se encuentra la promoción de este derecho.

Hasta la fecha esto se ha hecho a través de cursos dirigidos al sector médico que más que tender al desarrollo de una relación clínica del tipo deliberativo basado en la autonomía, tienden a propiciar la medicina defensiva, es decir, prácticas médicas tendientes a evitar que el paciente demande. Hacia los pacientes esta promoción es prácticamente nula, limitada a atender al paciente cuando este se presenta ante la COESAMED o mediante los carteles de Derechos de los médicos/pacientes, en hospitales y clínicas.

Propuesta

Se propone realizar un revisar el concepto de salud bajo el cual funciona el SNS en México y sus implicaciones. Revisar si los principios que se contienen en el concepto de la OMS son aplicados correctamente en todas las instituciones que conforman este sistema e instrumentar programas y acciones tendientes a hacerlos efectivos. Entender a los organismos como la COESAMED como instituciones que median entre el Estado y los particulares (tanto prestadores de servicios médicos como pacientes) y que pueden ayudar a la efectiva protección de los principios de autonomía y bienestar a la vez que pueden generar acciones dirigidas a todas las partes para hacerlos conscientes de los derechos y obligaciones que surgen de la tutela del derecho a la protección de la salud en los servicios de atención médica.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico desde la perspectiva de las instituciones protectoras de derechos humanos

El objetivo principal de esta investigación es determinar si la COESAMED es una institución protectora de derechos humanos o si guarda algunas de las características de estos. Cabe hacer la acotación de la diferencia entre instituciones protectoras de derechos humanos en el sistema internacional y el derecho interno, en el primero se refieren a los organismos creados en los Estados cuya función es la promoción y protección de derechos humanos como es la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Por otra parte en México se entiende a las instituciones protectoras de derechos humanos como las figuras creadas en el sistema jurídico mexicano con el objetivo de proteger estos derechos, por ejemplo, el amparo. En nuestro país se les conoce como organismos no jurisdiccionales de protección de derechos humanos u organismos administrativos protectores de derechos humanos e incluso se les denomina comisiones de derechos humanos a aquellas cuya función es la protección y promoción de derechos humanos.

En este trabajo se trató de hacer esta distinción pero debido a que se utilizó un instrumento de carácter internacional se utilizó indistintamente los términos

instituciones protectoras de derechos humano y organismos no jurisdiccionales de derechos humanos aunque se trató de dar preponderancia a este último.

Se observa que bajo los Principios de París que establecen de manera general las pautas que deben guiar el establecimiento de estos organismos partiendo del hecho de que se crean con el objetivo de promover y proteger derechos humanos y aunque no existe un modelo específico, sí se sugiere que los principios que se establecen en este documento se tomen en cuenta para su conformación.

Entre las características que distinguen a estos organismos se encuentran sus flexibilidad para conocer por actos u omisiones que violenten derechos humanos, una composición pluralista y procedimientos que garanticen su imparcialidad y autonomía para ejercer libremente sus funciones, facultad para analizar y proponer modificaciones al marco normativo e institucional tendientes a mejorar la protección de estos derechos, facultades de investigación y funciones cuasijurisdiccionales que les permitan la resolución de conflictos.

Posterior a los Principios de París le ICHRP realizó un estudio sobre las instituciones de este tipo a nivel mundial y encontró que estas se han instaurado en los estados de diferentes maneras, es decir, no siempre cumplen con todos los principios y tienen estructuras diferentes pero buscan el mismo objetivo, la protección de derechos humanos. Incluso se encontró que existen organismos que no protegen todos los derechos humanos sino que se especializan en áreas a partir de las cuales realizan una protección transversal de estos derechos.

En México, por otra parte, existen organismos que se especializan en un área pero que comparten las características de las comisiones de derechos humanos en cuanto a facultades y estructura, pero carecen de otras, usualmente, la autonomía. Por ejemplo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se catalogado como un organismo no jurisdiccional de protección de derechos humanos especializado en la salud.

Aunque se parte de la idea anterior para estudiar a la COESAMED como un OPDH especializado a nivel estatal, cabe señalar que de la investigación realizada se desprende que la CONAMED no es un organismo de esta naturaleza ya que surgió con dos objetivos: la solución de conflictos entre prestadores y usuarios de

servicios médicos y propiciar la calidad en los servicios de salud, nunca se señala en su Decreto de creación que tenga como finalidad la tutela del derecho a la protección de la salud, como sucede en la COESAMED.

Partiendo de que el decreto de creación señala en su *Considerando*, que se busca crear un organismo que tutele el derecho a la protección de la salud y el artículo 2 relativo a los objetivos de la misma establece como el primero de ellos la protección de la salud en los servicios de atención médica consideramos podría considerarse como un organismo protector de derechos humanos especializado en los servicios de atención médica.

Para ello se diseñó un instrumento que basado en los Principios de París para medir el grado de coincidencia entre estos la COESAMED buscando adecuarse a dos condiciones, la COESAMED es un organismo especializado en la protección de la salud y es un organismo estatal. De estas la primera no implicó más que la adecuación en la redacción del reactivo y corresponde más a la primera parte de esta investigación, mientras la segunda conllevó a la modificación del reactivo o exclusión por ser inaplicable.

Las posibles respuestas se clasificaron en Si/No/Parcialmente, esto último debido a que dicha característica se contempla pero con limitaciones respecto al instrumento internacional. Esto genera un porcentaje donde se coincide con las características sugeridas y otro tanto donde no, pero también da como resultado un porcentaje que puede interpretarse de manera negativa o como el tránsito hacia la asimilación de dichas características al organismo.

Aunque los resultados de la aplicación del instrumento dan como resultado una asimilación total del organismo con los principios, existe solo un 75% de coincidencia, el resultado obtenido se considera suficiente para considerar que este organismo es una especie de organismo de protección de derechos humanos especializado.

Se esperaba encontrar mayor similitud respecto a las facultades cuasijurisdiccionales pues como alternativa a la hipótesis se consideraba que este organismo era un medio alternativo a la solución de conflictos. Sin embargo de cuatro apartados que maneja este instrumento en tres de ellos existe una coincidencia

mayor al 80%, estas son: las facultades cuasijurisdiccionales, consultivas y los modalidades de funcionamiento que permiten la realización de investigaciones y sitúan al organismo entre las instituciones estatales y la sociedad civil. El porcentaje global disminuye drásticamente debido a las garantías de pluralismo e independencia rubro del cual no comparte ninguna característica.

Esta última situación no carece de importancia, ya que incluso para algunos autores esta es la más importante de características de estos organismos ya que les permite actuar con mayor libertad, efectividad y con legitimación ante la sociedad donde actúa. Esto se puede traducir en que el organismo de manera formal (es decir, en cuanto a la facultades, objetivos y atribuciones de que se le dota) si es un organismo protector de derechos humanos especializado, en tanto que en la realidad no puede considerarse como tal pues no cuenta con legitimidad dentro de la sociedad en la que actúa ni con libertad para el efectivo ejercicio de sus funciones.

Propuestas

Se propone considerar a la COESAMED como una especie organismo no jurisdiccional especializado en la protección de la salud en los servicios de atención médica por las razones expresadas anteriormente.

Se considera pertinente realizar las modificaciones necesarias para que pueda asumirse completamente como un organismo de esta naturaleza dotándolo de autonomía y una composición pluralista, para se propone cambiar su naturaleza de órgano descentralizado de los servicios de salud a órgano desconcentrado, modificar su consejo a fin de que exista mayor pluralidad en el mismo e invitando a la sociedad civil a participar, modificar los procesos de elección y remoción de los miembros y otras modificaciones que incidan en dotarlo de estas características.

Por último es importante señalar que existen instrumentos diseñados para medir la legitimidad y efectividad de las instituciones protectoras de derechos humanos, los cuales podrían aplicarse a la COESAMED si se le da el carácter de organismo protector de derechos humanos. Esto permite determinar a ciencia cierta las condiciones en las que se encuentra, su efectividad y determinar si requiere modificaciones o mejoras en sus procedimientos.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico

Antes de iniciar esta investigación se pudo constatar que existen un conocimiento impreciso respecto sus funciones y objetivos por lo que se trato de realizar una descripción breve pero lo más precisa posible de este organismo en el capítulo tercero.

Consideramos que la COESAMED implica un avance en la protección del derecho al acceso a la salud al establecerse como un organismo especializado su tutela, sin embargo se observaron algunas cuestiones que se consideran deberían ser modificadas (algunas ya se trataron en el punto anterior) y se encontró información que denota que dicho organismo ejerce sus funciones de acuerdo a su marco normativo, aunque esto último no forma parte de investigación y podría ser tema investigaciones posteriores.

Propuestas

Comprender el bien jurídicamente protegido adecuado a las condiciones en que se ejerce este derecho en el Estado o al menos tomar en cuenta la Observación General 14 del Comité de DESC para ampliar sus objetivos actualmente limitados a la búsqueda de la calidad a las características de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad.

De esta misma observación tomar en consideración las obligaciones del Estados respecto a este derecho que son respetar (abstenerse de dañar), proteger (vigilar que terceros no lo dañen) y cumplir (generar las condiciones propicias para su efectiva realización), guiado por lo anterior vigilar el papel del Estado incluso en aquellos actos que se den entre particulares.

Revisar el marco normativo que la rige ya que durante la investigación se pudo percibir que en este existen lagunas y contradicciones. Armonizarlo a fin de que su aplicación se mas sencilla y efectiva.

La COESAMED está facultada para realizar recomendaciones respecto a los servicios de salud en el estado e incluso en su decreto se señala de manera general

el procedimiento a seguir para tal efecto. Sin embargo, el mismo organismo declaro que hasta la fecha no ha realizado ningún procedimiento de este tipo.

Revisar sus procedimientos conciliatorios ya que en algunos puntos se manejan bajo formas pertenecientes al derecho civil lo que afecta la natural flexibilidad de estos procedimientos. Hay que recordar que los medios alternos no son convenientes en todos los casos y que una mala aplicación de los mismos puede generar frustración entre las partes y pérdida de legitimidad de la institución.

Revisar y realizar los procedimientos arbitrales que se anuncian en el nombre del organismo y se contemplan en su marco normativo.

Crear y fomentar lazos con la sociedad civil en general, pues existen pero se han limitado a asociaciones y escuelas de medicina. Buscar la voz y la participación de otras fuentes e ideas que nutran el dialogo dentro de la institución.

Ante la omisión o la irregularidad en el ejercicio de estas funciones no queda claro si el organismo puede por sí mismo incidir en la realidad a favor de la protección del derecho que tutela. Retiramos que nos parece que la creación de un organismo como la COESAMED es un avance en materia protección del derecho a la salud, pero su simple existencia no implica una verdadera garantía para los ciudadanos de contar con una instancia a la cual recurrir cuando consideren que su derecho está siendo violentado.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El Sistema Nacional de Salud en México funciona bajo el concepto de *Salud* que ha sido proporcionado por la Organización Mundial de la Salud y que busca ser universal desconociendo la realidad de cada sociedad. Este concepto que se basa en una *autonomía* inexistente o precaria en nuestro país para la búsqueda de un grado de salud incompresible e inalcanzable basado en el *bienestar* y genera conflictos en los cuales el Estado siendo partícipe queda excluido de responsabilidad.

SEGUNDA. Lo anterior influye en organismos como la Comisión Estatal de Arbitraje Médico que funciona bajo este concepto de la Organización Mundial de la Salud. La práctica de la medicina bajo un concepto que idealiza la salud desatendiendo a los factores económicos, sociales y culturales que la influyen da como resultados mayores fricciones entre las personas que participan en el proceso de la atención médica dando lugar a diversos conflictos. Para solucionarlos se crean organismos como la COESAMED que trabajan bajo un principio de autonomía que desconociendo los factores que la influyen (grado de conocimientos, estabilidad económica, etcétera) entiende al paciente como alguien que debe ser responsable por sus actos pero sin la capacidad suficiente para comprender y participar de las decisiones sanitarias. En todo esto el estado como garante del derecho a la protección de la salud se excluye dejando el conflicto a los actores directos y evadiendo su responsabilidad en el mismo.

TERCERO. Al estudiar a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como un órgano no jurisdiccional protector de derechos humanos especializado, se llegó a la conclusión de que se puede considerar como tal en tanto que a diferencia de otros organismos similares en cuanto a su estructura y funcionamiento, la Comisión se creó para tutelar el derecho a la protección de la salud y tiene como objetivo específico el cumplimiento de este derecho en los servicios de atención médica.

CUARTO. Partiendo de lo anterior y para identificar el grado de similitud se estudió este organismo a la luz de los principios que rigen a las instituciones protectoras de derechos humanos, encontrando varias coincidencias en lo relativo a las facultades consultivas, cuasijurisdiccionales y modalidades de funcionamiento. Sin embargo en lo relativo a la independencia y composición pluralista la COESAMED no existen coincidencias, lo cual es relevante ya que esta característica le permite ejercer sus atribuciones con mayor libertad y efectividad ya que legitiman la institución ante la sociedad donde actúa.

QUINTO. La COESAMED implica un avance en la protección del derecho al acceso a la salud al establecerse un organismo especializado en la tutela de este derecho por lo cual su desaparición implicaría un retroceso en su ejercicio. Por ello se propone que se efectúen modificaciones a su marco normativo a fin de que pueda lograr mejor este objetivo. En primer lugar buscar determinar mejor el bien jurídicamente protegido adecuado a las condiciones en que se ejerce este derecho en el Estado o al menos incluir tomar en cuenta la Observación General 14 del Comité de DESC. En segundo lugar modificar en su marco normativo lo relativo a la autonomía y pluralidad a fin de dotar de fuerza y legitimidad a dicho organismo.

SEXTO. En su ejercicio aunque la COESAMED se percibe a sí misma como un órgano que tutela el derecho a la protección de la salud por desconocimiento u omisión no ejerce sus atribuciones. El funcionamiento de la COESAMED es diverso al que se ordena en su marco normativo tanto en su estructura como en su desempeño.

ANEXOS

ANEXO 1 Artículos periodísticos sobre la instalación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en San Luis Potosí



Ilustración 1 "Ya se puede denunciar aquí la negligencia de médicos", en El Sol de San Luis, San Luis Potosí, S.L.P., consulta: sábado 3 de junio de 1999, p. 4A.



Ilustración 3 "Atiende la CONAMED 4 mil quejas al año por deficiencias en la atención médica", en El Pulso, San Luis Potosí, S.L.P., consulta: sábado 3 de junio de 1999, p. 2A.

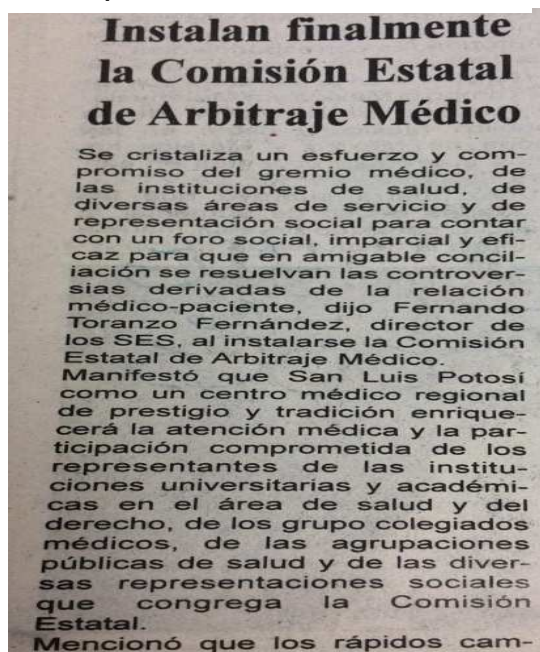


Ilustración 2 "Instalan finalmente la Comisión Estatal de Arbitraje Médico" (nota incompleta), en El Herald, San Luis Potosí, S.L.P., consulta: sábado 3 de junio de 1999, p-8 Locales.

ANEXO 2, Respuesta a solicitud de información a la COESAMED sobre marco normativo, comisionados y miembros del consejo



Oficio Número: CEAM/490/13

Expediente:

Asunto: Se hace de su conocimiento
San Luis Potosí, S. L. P., a 25 de Noviembre del 2013

C. FATIMA ARACELI MARQUEZ CHAVEZ
PASAJE F No. 404
COL. INDUSTRIAL AVIACION, CD.
PRESENTE.-

En atención a su escrito de fecha 09 de Octubre del año 2013, por medio del presente me permito dar contestación al mismo, haciéndolo de la siguiente manera:

En lo relacionado a lo solicitado en el inciso (a) adjunto al presente en veintitrés (23) fojas útiles, datos estadísticos de las actividades desarrolladas en esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico, esto desde el año 1999 hasta el mes de septiembre del año en curso, en los cuales se establecen todas y cada una de las características que requiere en su escrito de mérito.

Adjunto al presente encontrara copia simple de los marcos jurídicos que regulan todas y cada una de las actividades que se desarrollan en esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico, lo cuales son los siguientes:

- Decreto por el cual se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 09 de Octubre de 1998.
- Reglamento Interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 4 de Diciembre de 1999.
- Manual de Procedimientos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí y de Atención al Público, publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 21 de Junio del 2001.

En atención a lo solicitado en el inciso (c) de su escrito de mérito, al respecto me permito hacer de su conocimiento que la información requerida se encuentra contemplada en el Reglamento Interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 4 de Diciembre de 1999.

Ahora bien, en lo relacionado con lo expresado en el inciso (d) esta información fue enviada al correo electrónico otorgado por Usted.

A continuación hago de su conocimiento los nombres, profesión y duración de cada uno de los Comisionados que han presido este Órgano Desconcentrado:

- Dr. Arturo Reyes Cunningham, Médico con la especialidad en Traumatología y Ortopedia, desempeñando su cargo en 1999 hasta el año 2002.

Bolívar No. 673 Zona Centro
C.P. 78000 Tel. y Fax (444) 814-33-13 y 814-52-92
San Luis Potosí, S. L. P.

Correo Electrónico:
coesamedslp@prodigy.net.mx
01800-5433336

"2013, Año del 150 Aniversario de San
Luis Potosí, como Capital de los Estados
Unidos Mexicanos"



- Dr. Héctor Marroquín Segura, Médico con la especialidad en Salud Pública, desempeñando su cargo en 2002 hasta el año 2003.
- Dr. Alberto Rodríguez Jacob, Médico con la especialidad en Infectología, desempeñando su cargo en 2003 hasta el año 2013.
- Dr. Mario Rada Espinosa, Médico con la especialidad en Cirugía General, actual Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, tomando posesión el 16 de Mayo del 2013. En relación con el punto (g) de su escrito de mérito, al respecto me permito hacer de su conocimiento que El Consejo es el órgano supremo de autoridad de la Comisión, cuyo objetivo primordial es conducir la política que debe regir en esta, para el adecuado desarrollo de las atribuciones encomendadas.

El Consejo se integrará por nueve Consejeros y por el Comisionado, quien lo presidirá.

Los Consejeros serán designados, por el titular del Ejecutivo Estatal. La designación recaerá en distinguidas personalidades de la Sociedad Civil de reconocida trayectoria profesional, quienes serán los titulares de las siguientes Instituciones:

PRIMER CONSEJERO: Presidente del Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí.

SEGUNDO CONSEJERO: Directora de la facultad de Medicina de la U.A.S.L.P.

TERCER CONSEJERO: Director de la Facultad de Derecho de la U.A.S.L.P.

CUARTO CONSEJERO: Director de la Facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P.

QUINTO CONSEJERO: Ciudadano Distinguido

SEXTO CONSEJERO: Delegado del Instituto Mexicano del Seguro Social

SEPTIMO CONSEJERO: Delegado del ISSSTE

OCTAVO CONSEJERO: Presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.

NOVENO CONSEJERO: Director General de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.



El cargo de Consejero será honorífico y durará en su encargo durante el tiempo que funja como titular de la Institución que representa.

Ahora bien, atendiendo a lo solicitado en el punto 1, derivado del inciso (g) tomando en consideración la información que antecede, se puede observar que la integración del Consejo de esta Comisión obedece al periodo que duran en su cargo los titulares de las instituciones ya mencionadas, es decir que el cuerpo colegiado en comento no tiene un tiempo o término determinado para su renovación.

A continuación hago de su conocimiento el nombre de los consejeros que han formado parte del Consejo de esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico, los cuales son los siguientes:

Presidentes del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, A.C.

- Dr. José Luis Leiva Garza
- Dr. Francisco Romo salas
- Dr. Leopoldo Córdova Guerrero
- Dr. Eduardo Zazueta Quirarte
- Dr. Jorge Gerardo Martínez García
- Dr. Daniel Acosta Díaz De León
- Dr. Juan Antonio Gallardo Trejo
- Dr. Alejandro Lemus Páez

Directores de la Facultad de Medicina de la U.A.S.L.P.

- Dra. Beatriz Velázquez Castillo
- Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal
- Dr. Alejandro Javier Zermeño Guerra

Directores de la Facultad de Derecho de la U.A.S.L.P.

- Dr. Héctor F. Aldasoro Velasco
- Lic. Ricardo Sánchez Márquez
- Lic. Fernando Sánchez Larraga

Directores de la Facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P.

- Dr. Sergio López Moctezuma
- Dr. Mario Arévalo Mendoza
- Dr. Luis Armando Leal Tobías



Ciudadano Distinguido

- Lic. José Merced Ponce Blanco

Delegados del Instituto Mexicano del Seguro Social

- Lic. Gustavo Barrón Gutiérrez
- Lic. Alejandro Zavala Moreno
- Q.F.B. José Sigona Torres

Delegados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- Dr. Miguel Ángel Cuadra Palafox
- Ing. Esaú Hernández Herrera
- Dra. María José Aguilar Borbolla
- Dr. Alberto Rodríguez Jacob

Directores Generales del DIF

- Lic. Guadalupe Isadora Ávila Montoya
- Dr. Fernando Ramírez Andrade

Directores Generales de los Servicios de Salud de San Luis Potosí

- Dra. Ma. Del Pilar Fonseca Leal
- Dr. Fernando Toranzo Fernández
- Dr. Alejandro Perea Sánchez
- Dr. Francisco Javier Posadas Robledo

Sin otro particular, agradeciendo las atenciones otorgadas al presente, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COMISIONADO ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO

DR. MARIO RADA ESPINOSA

C.c.p. Expediente COESAMED
L' gpb.

ANEXO 3, Organigramas de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico

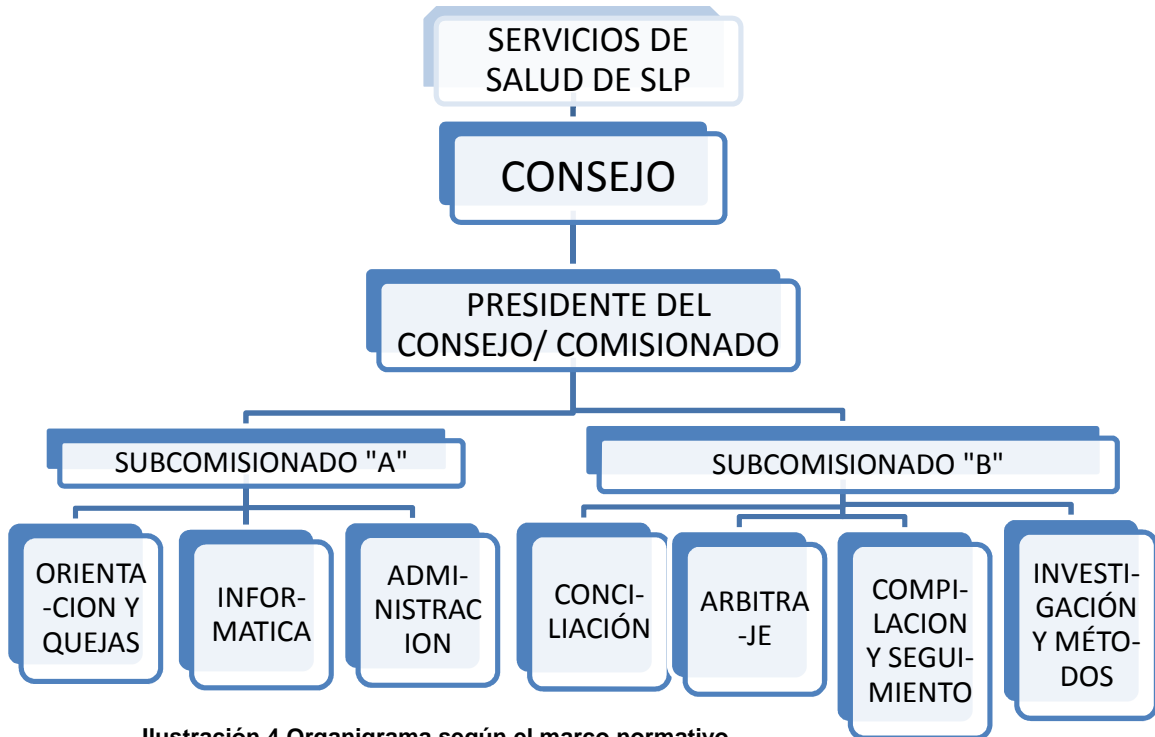


Ilustración 4 Organigrama según el marco normativo

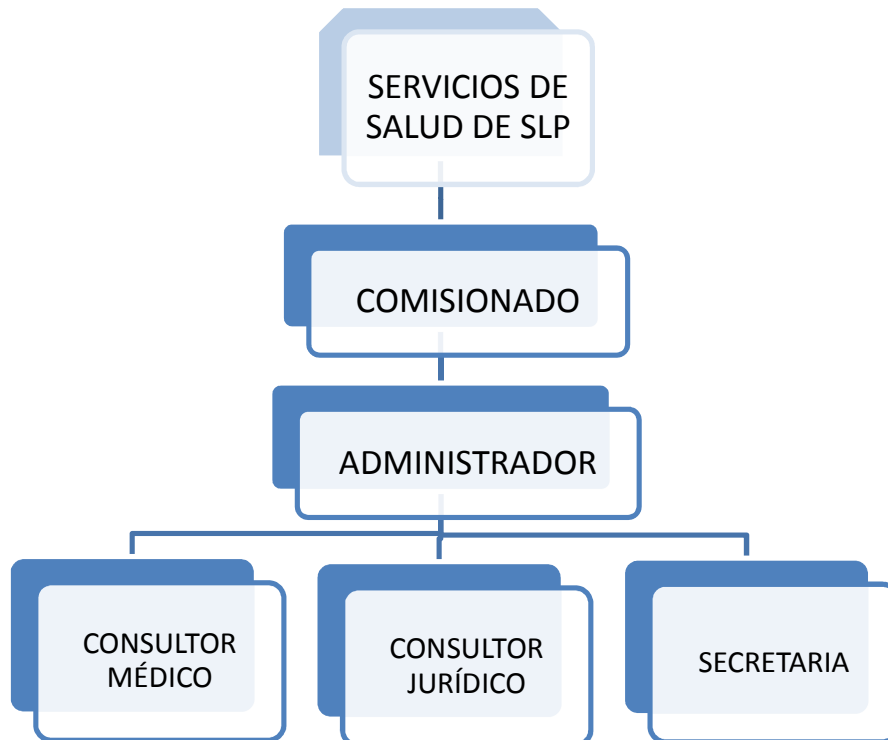


Ilustración 5 Organigrama actual con base a información proporcionada por COESAMED

ANEXO 4, Diagramas de procedimientos ante la COESAMED

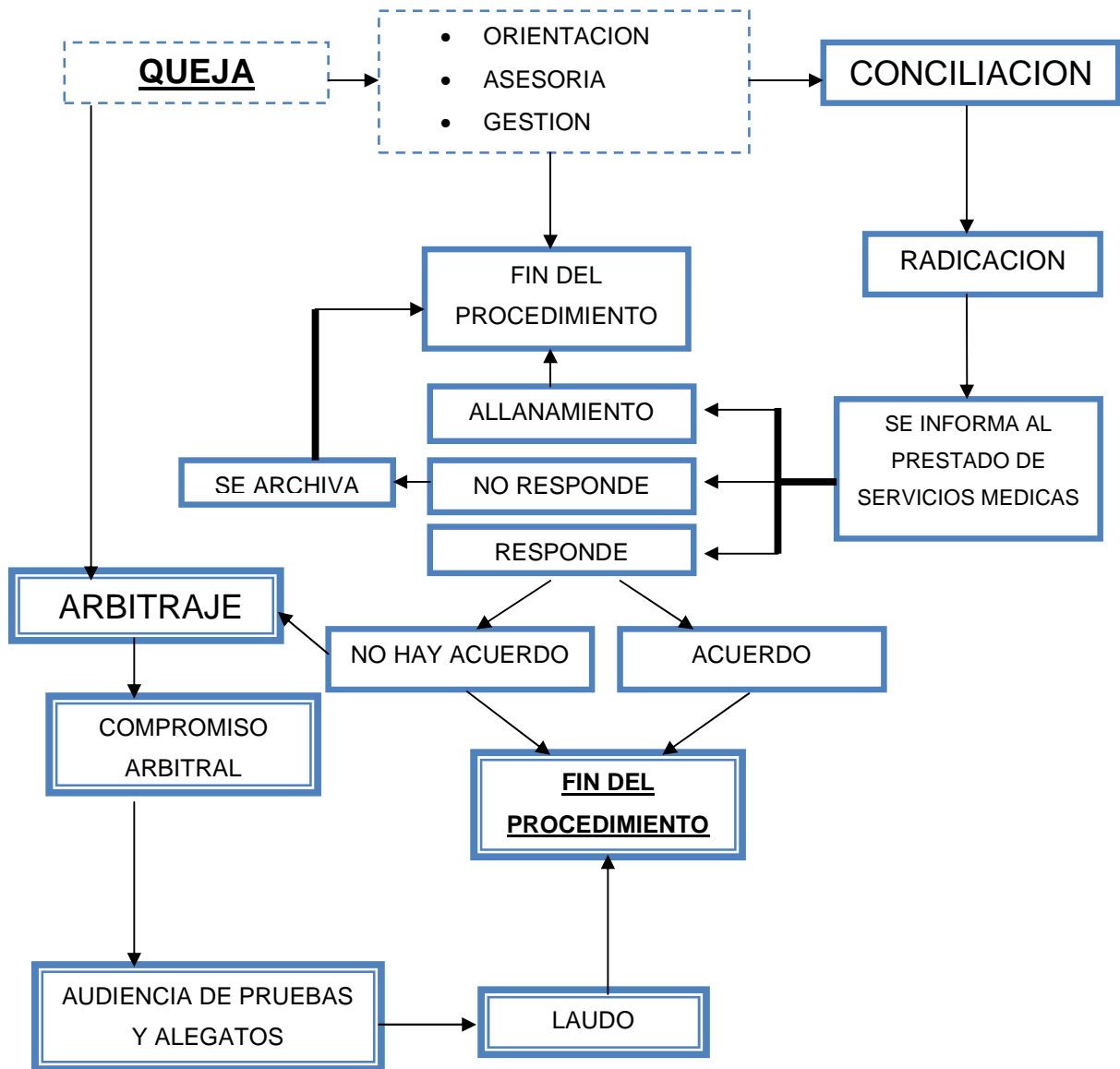
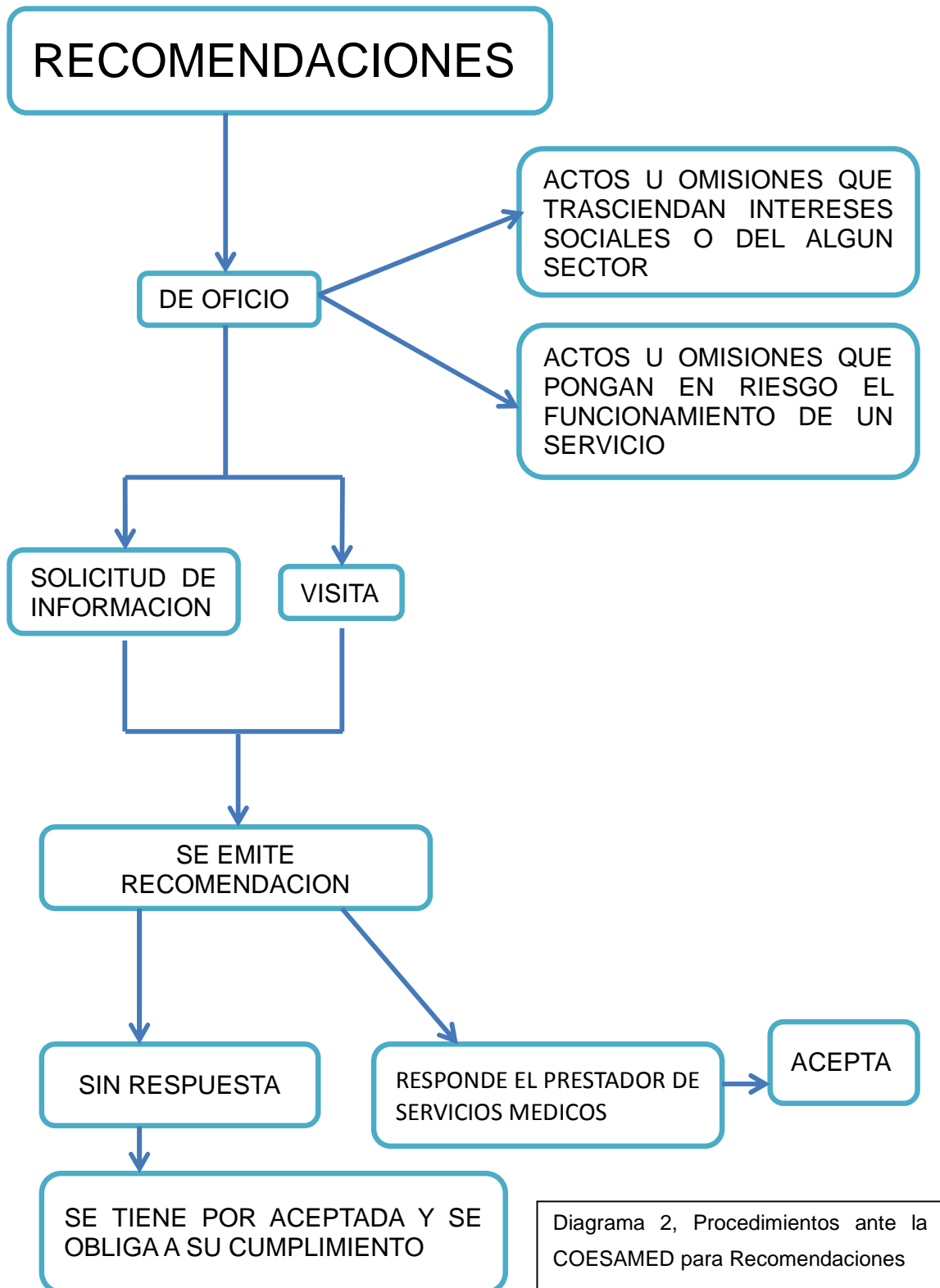


Diagrama 1, Procedimientos ante la COESAMED, Orientación, Asesoría, Gestión, Conciliación y Arbitraje



ANEXO 5. Respuesta a solicitud de información sobre procedimientos arbitrales en la COESAMED



San Luis Potosí
Un Gobierno para Todos

Oficio Número: CEAM/082/14

Expediente:

Asunto: Se hace de su conocimiento
San Luis Potosí, S. L. P., a 28 de Febrero del 2014

C. MA. BERTHA DEL ROSARIO CHAVEZ CAMPOS
PASAJE F No. 404
COL. INDUSTRIAL AVIACION, CD.
PRESENTE.-

En atención a su escrito de fecha 14 de Febrero del año 2014, por medio del presente me permito hacer de su conocimiento que esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico debido a la falta de infraestructura, es decir ante la ausencia de recursos humanos y económicos, desde su creación hasta la fecha en que se actúa, no ha desarrollado ningún procedimiento de arbitraje médico, no omitiendo manifestar que una vez que las partes involucradas en la Litis o controversia, dentro de la audiencia de conciliación expresan su voluntad de someter la queja al juicio arbitral médico, estas designa como árbitro privado para ello, a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) por lo que el expediente en que se está trabajando, es enviado al Órgano Desconcentrado antes mencionado, para que de acuerdo a sus atribuciones y facultades, inicie el procedimiento solicitado por ambas partes, resaltando que él mismo es el encargado de emitir el laudo correspondiente, por consiguiente y atendiendo a lo requerido en el punto número dos de su escrito de mérito, le informo que este Organismo de mi responsabilidad no cuenta con árbitros adscritos al mismo.

Sin otro particular, agradeciendo las atenciones otorgadas al presente, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COMISIONADO ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO

DR. MARIO RADA ESPINOSA

C.c.p. Expediente COESAMED
L'gpb.

ANEXO 6. Respuesta a solicitud de información sobre recomendaciones emitidas por la COESAMED



Oficio Número: CEAM/051/14

Expediente:

Asunto: Se hace de su conocimiento
San Luis Potosí, S. L. P., a 12 de Febrero del 2014

C. MA. BERTHA DEL ROSARIO CHAVEZ CAMPOS
PASAJE F No. 404
COL. INDUSTRIAL AVIACION, CD.
PRESENTE.-

En atención a su escrito de fecha 07 de Febrero del año 2014, por medio del presente me permito hacer de su conocimiento que esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico desde su creación hasta la fecha en que se actúa, no ha emitido ninguna recomendación, situación por la cual no es viable la expedición de lo requerido o solicitado.

Sin otro particular, agradeciendo las atenciones otorgadas al presente, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL COMISIONADO ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO

DR. MARIO RADA ESPINOSA

C.c.p. Expediente COESAMED
L'gpb.

ANEXO 7. Nombramiento del comisionado



San Luis Potosí
Un Gobierno para Todos
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Servicios de Salud

DIRECCION: ADMINISTRATIVA
SUBDIRECCION: ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE: ADMON Y DES. DE PERSONAL
DOMICILIO: JESUS GOYTORTUA No. 340,
FRACC. TANGAMANGA, 78269

NUMERO DE OFICIO: 10635
EXPEDIENTE: 4.4

14 MAYO 2013

ASUNTO: NOMBRAMIENTO

San Luis Potosí, S.L.P.,

DR. MARIO RADA ESPINOSA
P R E S E N T E

De acuerdo a las facultades que se me otorgan en el artículo 12 del Decreto de Creación de este Organismo y numeral 10 del Reglamento Interior del Organismo Descentralizado denominado Servicios de Salud de San Luis Potosí, comunico a usted que a partir del 16 de mayo del 2013 se le otorga Nombramiento como **COMISIONADO ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO**, ocupando plaza de confianza identificada con clave presupuestal 24 416 004 I002 1103 CF34263 00035 2304

Este nombramiento lleva implícito un alto sentido de responsabilidad y compromiso de lealtad a la Institución en la que sirve.

ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
EL DIRECTOR GENERAL.

DR. FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO



- C.c.p. C.P. José Francisco Carrera Martell.- Director Administrativo.- Edificio
- C.c.p. Dr. Marcelo Aranda Álvarez.- Director de Políticas y Calidad en Salud.- Edificio
- C.c.p. Dr. Juan Sánchez Ramos.- Director de Planeación, Evaluación y Proyectos Especiales.- Edificio
- C.c.p. Dr. Juan Manuel Carreras López.- Director del Régimen Estatal de Protección Social En Salud.- Edificio
- C.c.p. Lic. en Psic. Patricia Veloz Ávila.- Secretaria Particular.- Edificio
- C.c.p. Lic. José Antonio Fernández Ponce.- Subdirector de Asuntos Jurídicos. Edificio
- C.c.p. C.P. Sergio Raymundo Torres Aragón.- Contralor Interno.- Edificio
- C.c.p. C.P. José Refugio del Río Salas.- Subdirector Administrativo.- Edificio
- C.c.p. Ing. Palmira Ramírez Sevilla.- Jefa del Departamento de Sistematización del Pago.- Edificio
- C.c.p. MVZ. Erich Eduardo Neumann Ramírez.- Comisionado Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.- 5 de Mayo No. 1485, Barrio de San Miguelito.- Ciudad
- C.c.p. Expediente personal

FCM/JRFS/AHH/pr*

"2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como Capital de los Estados Unidos Mexicanos"

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

ANEXO 8. Salarios de los funcionarios de la COESAMED y presupuesto anual



SUELDOS 2014 COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO

NOMBRE	PUESTO	DETALLE DE PERCEPCIONES MENSUAL			TOTAL
		SUELDO BASE	COMPENSACIÓN	OTROS	
MARTÍNEZ RICO PERLA ANGELICA	SECRETARIA	\$ 9,465.00			\$ 9,465.00
	CONSULTOR				
PLACENCIA BLAS GUILLERMO	JURIDICO	\$ 14,679.00			\$ 14,679.00
SOTO GARCIA JAVIER	CONSULTOR JURIDICO	\$ 14,679.00			\$ 14,679.00
GARCIA REYES JESUS	CONSULTOR MEDICO	\$ 33,068.00			\$ 33,068.00
FLORES RESENDIZ JORGE ARMANDO	CONSULTOR MEDICO	\$ 33,068.00			\$ 33,068.00
PEREZ GARCIA JOSE ALEJANDRO	ADMINISTRADOR	\$ 7,849.66	\$ 1,900.00		\$ 9,749.66
RADA ESPINOSA MARIO	COMISIONADO	\$ 12,174.00	\$ 25,811.00		\$ 37,985.00

Presupuesto Anual 2014: \$ 646,882.00

ANEXO 9. Estadísticas 1999 a 2012

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P. ATENCIONES PROPORCIONADAS

TIPO	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ORIENTACIÓN	36	75	95	190	175	142	70	40	31	161	150	158	75	1398
ASESORÍA	48	61	136	173	194	109	122	380	349	392	363	417	586	3330
QUEJAS	30	48	67	82	98	42	70	48	55	77	61	61	73	812
GESTORÍA	12	30	41	40	49	106	98	166	235	219	362	379	484	2221
AUDIENCIAS														
INFORMATIVAS	08	15	65	135	116	130	217	59	34	47	31	32	34	923
OTRAS	11	14	19	24	29	0	44	26	87	65	31	44	40	434
TOTAL	145	243	423	644	661	529	621	719	791	961	998	1091	1292	9118

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P. ÁREA MEDICA

ESPECIALIDAD	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ORTOPEDIA	36	32	86	57	56	64	54	123	112	150	177	179	282	1408
CIRUGÍA	15	28	57	45	67	43	48	49	62	81	76	105	118	794
GINECO-OBSTETRICIA	16	18	34	54	56	42	23	57	48	54	45	53	58	558
MEDICINA INTERNA	01	14	36	39	23	16	15	23	21	16	17	25	26	272
ODONTOLOGÍA	03	14	23	27	33	24	14	07	27	20	08	20	11	231
OFTALMOLOGÍA	05	10	19	40	24	20	17	54	53	42	33	40	89	446
NEUROCIRUGÍA	10	12	10	27	34	16	17	35	41	28	90	119	51	490
OTRAS	51	100	93	220	252	174	172	301	303	444	452	463	560	3585
TOTAL	137	228	358	509	545	399	360	649	667	835	898	1004	1195	7784

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P. TIPO DE INSTITUCIÓN

TIPO	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
IMSS	71	69	126	209	217	200	225	394	395	529	593	687	819	4534
ISSSTE	18	31	63	68	81	43	28	67	76	62	65	83	76	761
PARTICULAR	33	68	127	145	154	110	75	133	147	184	149	143	190	1658
S.S.S.L.P.	15	35	33	64	76	23	23	31	26	39	58	81	85	589
OTRAS	0	25	09	23	17	23	09	24	23	21	33	10	25	242
TOTAL	137	228	358	509	545	399	360	649	667	835	898	1004	1195	7784

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P.

LUGAR DE RESIDENCIA

ZONA	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ALTIPLANO	07	17	17	36	73	16	14	12	5	12	09	03	09	230
MEDIA	07	17	17	35	61	07	04	04	3	5	06	04	04	174
HUASTECA	10	21	20	60	75	21	08	16	8	26	52	04	08	329
CENTRO	113	172	298	373	332	342	330	614	644	785	828	993	1168	6992
OTRAS	0	01	06	05	04	13	04	03	7	7	03	0	06	59
TOTAL	137	228	358	509	545	399	360	649	667	835	898	1004	1195	7784

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P.

TIPO DE PRESENTACIÓN

TIPO	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
PERSONAL	99	157	272	398	369	319	301	558	570	731	739	828	1092	6433
TELÉFONO, CO- RREO, INTERNET	38	71	86	109	178	80	59	91	97	104	159	176	103	1351
TOTAL	137	228	358	507	547	399	360	649	667	835	898	1004	1195	7784

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE S. L. P.

SEXO

TIPO	1999/2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
MUJER	66	112	169	243	269	199	188	362	388	428	437	498	640	3999
HOMBRE	71	116	189	266	276	200	172	287	279	407	461	506	555	3785
TOTAL	137	228	358	509	545	399	360	649	667	835	898	1004	1195	7784

BIBLIOGRAFIA

ALARCOS, Francisco, *Bioética y pastoral de la salud*, San Paolo, España, 2002.

ARREOLA, Francisco y DECRESCENZO, Francisco, “Los métodos alternos de solución de controversias en medicina en el estado de Nuevo León”, en *Mediación y arbitraje, Leyes comentadas y concordadas del Estado de Nuevo León*, STEELE, José, (coord.), Porrúa, México, 2009, p. 332.

ARRIAGA, Raúl, *Manual de Derecho Administrativo I*, Porrúa, México, 2008.

CASADO, María, “Hacia una concepción flexible de la bioética”, en María Casado (Comp.), *Estudios de bioética y derecho*, Tirant Lo Blanch, España, 2000.

CARRILLO, Luz, *La responsabilidad profesional del médico*, Porrúa, México, 2002

DE LA TORRE Jesús Antonio (coord.), *Derecho a la Salud*, Centro de Estudios Jurídicos y Sociales “Padre Enrique Gutiérrez”, México, 2006.

DE LA TORRE, Jesús Antonio, *Del pensamiento jurídico contemporáneo. Aportaciones críticas*, CEDH-UASLP, México, 2006.

FERRAJOLI, Luigi, “Derechos fundamentales”, en AAVV, *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Trotta, España, 2001.

FRENK, Julio, *La salud de la población*, FCE, México, 1994

GALÁN, Julio, “Bioética y consentimiento informado”, en *Bioética Práctica*, MÉJICA, Juan (Coord.), Colex, España, 2000.

GONZALEZ, Luis, “El sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos en México”, *IUS Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de Puebla*, Año V, No. 28, México, 2011, pp.99-122

CARPISO, Jorge, “El sistema nacional no-jurisdiccional de defensa de los derechos humanos en México: algunas preocupaciones” *Anuario de Derechos Humanos, Nueva Época*, Vol. 10, Universidad Complutense de Madrid, España, 2009, p.83-129.

CASTAÑEDA, Mireya, *La protección no jurisdiccional de los derechos humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 2011.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, *Retos actuales de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos. A diez años de los Principios de París*, CNDH, México, 2004.

FIERRO, Ana, *Manejo de conflictos y mediación*, Oxford, México, 2010

HILLMAN, Karl-Heinz, *Diccionario enciclopédico de sociología*, Herder, España, 2001.

LOPEZ, Fidel, *et al*, *El ejercicio de la medicina apegada a derecho médico*, Themis, México, 2010.

INTERNATIONAL COUNCIL ON HUMAN RIGHTS POLICY, *Performance and legitimacy*, ICHRP, Suiza, 2004.

MAESTRO, Begoña "Fundamentos de la sociología de la salud", en ANTEQUERA, José María (ed.), *Derecho sanitario y sociedad*, Díaz de Santos, Madrid, 2006.

MELGAR, Mario y PÉREZ, Miguel, "Derecho de la salud" en VALADÉS, Diego, *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, Tomo XII, IJ-UNAM, México, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2006, *Trabajar en pro de la salud, Presentación de la Organización Mundial de la Salud*, OMS, En línea, Consultado 10/04/2004, Disponible en: http://www.who.int/about/brochure_es.pdf

POSE, Carlos, *Lo bueno y lo mejor, introducción a la bioética médica*, Triacastela, España, 2009.

PRIETO, Luis, "Derechos sociales y el principio de igualdad sustancial" en *Derechos sociales y derechos de las minorías*, CARBONELL, Miguel (comp.), Porrúa, México, 2004.

RAMÍREZ, Alejandro José, *Derecho a la Salud*, Sista, México, 2003.

RAMÍREZ, Berenice, "Mesa de trabajo: Aspectos económicos de la queja médica" en AAVV, *Memorias Simposio CONAMED 2012 "Aspectos sociales, psicológicos y económicos de la queja médica; los medios alternativos en el marco constitucional y la rectoría del sector salud en la calidad de la atención médica"*, CONAMED, México, 2013.

SOLÍS, Renán, "Naturaleza jurídica de los órganos de arbitraje médico", Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán, <http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/naturaleza-juridica-de-los-organos-de-arbitraje3.pdf>, consultada: 26 de mayo de 2014.

ROMEO, Carlos, *Enciclopedia de bioderecho y bioética*, t. II (I-Z), Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, España, 2011.

ROMEO, Carlos, "El derecho médico: su evolución en España", en ROMEO Casabona, Carlos (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Comares, España, 1998.

SALGADO, Eréndira, "Justificación de la atención del conflicto médico fuera de tribunales" en AAVV, *Derecho y medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, SCJN, México, 2008.

TOMÁS, Gloria Ma. y MANERO, Elvira (coord.), *Diccionario de bioética para estudiantes*, Formación Alcalá, España, 2008.

IJ-UNAM, *Diccionario Jurídico Mexicano*, Porrúa, México, 2007.

VALLE, Armando y VARELA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, Trillas, México, 2005.

VÁZQUEZ, Carlos, *Diccionario de bioética*, Monte Carmelo, España, 2006.

VERGARA, María del Carmen, "Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad", *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, (2007), 41-50

SITIOS DE INTERNET

CONAMED "Conamed Centro colaborador de la OMS", [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/index.html#!prettyPhoto\[gallery\]/1/](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/index.html#!prettyPhoto[gallery]/1/), Consultado el disponible en:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Seguridad del Paciente*, en línea, consultado el 10/04/14 disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/MÉXICO, *OPS/OMS México*, en línea, disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=747&Itemid=296

SECRETARIA DE SALUD, *Programa de Acción Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Comité Coordinador Sectorial, 2001, México, http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf

SSA-SLP, "Organigrama de los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí", Disponible en:

[http://201.144.107.246/InfPubEstatad2/_SECRETAR%C3%8DA%20DE%20SA LUD/Art%C3%ADculo%2019.%20fracc.%20II/A.%20Estructura%20Org%C3%A1nica /Direcci%C3%B3n%20General/Organigrama%20Abril%202014.pdf](http://201.144.107.246/InfPubEstatad2/_SECRETAR%C3%8DA%20DE%20SA%20LUD/Art%C3%ADculo%2019.%20fracc.%20II/A.%20Estructura%20Org%C3%A1nica/Direcci%C3%B3n%20General/Organigrama%20Abril%202014.pdf), Consulta: 26 de abril de 2014.

VÁZQUEZ, Evangelina, "Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad, A.C.", Disponible en: <http://www.paginasprodigy.com.mx/curiel08eva/>, Consultado el 10/04/2014

LEYES

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en Nueva York el 22/07/1946 entró en vigor el 7/04/1948

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917, vigente

Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 3 de enero de 1976 y en vigor en México desde el 23 de junio de 1981.

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador 17 de noviembre de 1988 en vigor en nuestro país desde el 16 de noviembre de 1999.

Principios Relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos "Principios de París", <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Sparisprinciples.pdf>, 1991.

Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Organización de las Naciones Unidas, 22^o período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, DOF: 14 de mayo de 1986.

Constitución del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, POE: 06 de febrero de 1918

Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, POE: 23 de diciembre de 2004
Decreto por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, POE: 9 de octubre de 1998.

Reglamento interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, aprobado por el Consejo de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, en sesión extraordinaria de fecha veintiocho de octubre de mil novecientos noventa y nueve, aprobado por el Consejo de la COESAMED, POE: 04 de diciembre de 1999.

Manual de procedimientos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí y de atención al público, aprobado por el consejo de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, en sesión Extraordinaria de fecha 11 de julio del 2000, POE: 21 de junio de 2001, Edición Extraordinaria.

Manual de Organización Aplicado a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, elaborado en marzo de 2012.

Manual de procedimientos aplicado a Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Septiembre de 2012, formato word

Informe de Actividades de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico correspondiente al periodo 1999 a 2005 y Trimestre de Enero a Marzo de 2006, con fecha de elaboración de 13 de abril de 2006