

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico: 20 años

Juan Ramón de la Fuente*

Académico honorario, profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM, Ciudad de México, México

Cuando la Secretaría de Salud todavía tenía el logotipo azul que decía SSA, corrían tiempos difíciles porque no había dinero y la idea de crear nuevas instituciones era recibida con reservas, no sólo por el Presidente Zedillo, siempre generoso y atento a las necesidades de salud de la población, sino también, como ya es costumbre, por el secretario de Hacienda, responsable de cuidar el erario público. Y es que la idea de hacer crecer el gasto corriente del gobierno se percibía, no sin razón, como un acto que podía infligir el riesgo de fomentar estructuras administrativas ineficaces y obesas. No ha sido el caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), pues sus aproximadamente 200 trabajadores siguen realizando una labor inmensa con una estructura ligera.

En estos 20 años, han cambiado muchas cosas, entre ellas el entorno alrededor del cual se lleva a cabo el ejercicio del médico. El cambio fundamental que yo percibo ha sido el de los derechos de los enfermos y de sus familiares. También ha cambiado sensiblemente la relación del médico con el enfermo: el soberano dejó de ser el médico. En la relación médico-paciente la soberanía gravita hoy más sobre el paciente. La alianza histórica entre el médico y el enfermo, que ha sido el componente terapéutico más antiguo que existe en la práctica de la medicina, ha sufrido transformaciones importantes que influyen seriamente en el ejercicio de nuestra profesión. La ciencia llegó a la práctica médica hace relativamente

poco tiempo, a finales del siglo XIX, pero antes los médicos también curaban y, en buena medida, lo hacían con base en el poder de una relación que era, en sí misma, terapéutica. Hoy las fuerzas de esa alianza han cambiado y los derechos de los enfermos van por delante. En ese sentido, la creación de la CONAMED fue una respuesta oportuna a los cambios que se anticipaban y que demandaban crear un órgano de esta naturaleza.

Basta recordar que, en aquel entonces, las denuncias contra los médicos proliferaban y dentro de algunos despachos de abogados comenzaban a surgir áreas especializadas para promover demandas de diversa índole contra actos médicos. Al igual que a muchos colegas, a mí no me parecía que ése fuera el mejor camino. La experiencia en EE.UU. había dejado saldos muy negativos. El costo del ejercicio médico se encarecía y los seguros, siempre lucrativos, estaban listos para incursionar en el mercado, «en defensa» de las demandas que tuvieran que enfrentar los médicos. Con la CONAMED no se trataba de ocultar los errores o la negligencia que ocurre en la práctica médica y que debe sancionarse, sino de generar equilibrios y entender la falibilidad de un trabajo profesional como el nuestro. Y es que la medicina no es como la ciencia física o la matemática; sus objetivos y métodos son fundamentalmente los de las ciencias biológicas, pero con importantes componentes psicosociales que la hacen más compleja. Los médicos nos equivocamos y si nos equivocamos debemos estar preparados para asumir las consecuencias de nuestros errores, pero hay errores impredecibles, inevitables, y ocurren además incidentes y accidentes en el trabajo con los pacientes que no son errores necesariamente

Correspondencia:

*Juan Ramón de la Fuente
Facultad de Medicina
UNAM
Av. Ciudad Universitaria, 298
Col. Jardines del Pedregal
C.P. 01900, Ciudad de México, México
E-mail: jrfonte1@gmail.com

Conferencia «Héctor Fernández Varela»,
Simposio CONAMED, Ciudad de México, 6 de junio de 2016

atribuibles a alguien. Son circunstancias que forman parte del ejercicio médico. Esa diferencia, sutil pero trascendente, fue parte fundamental de la razón de ser de una instancia como la CONAMED. La medicina, hay que insistir, no es infalible, no es una ciencia exacta; los médicos no somos astrónomos, no podemos calcular con precisión qué va a pasar dentro de 200 millones de años en alguna constelación lejana a nuestro planeta. Nosotros lidiamos con seres humanos, organismos que se rigen por sus propias leyes, muchas de ellas aún insuficientemente entendidas.

Así pues, la medicina es una ciencia humana que oscila entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales, con un componente subjetivo ineludible. Por eso hay que reconocer las diferencias entre los márgenes de error de la ciencia médica cuando hay que lidiar con factores inesperados, que a veces actúan a favor y a veces actúan en contra de una decisión clínica. Cuando el médico se halla frente a un problema complejo con algún paciente que se considera «complicado», con un diagnóstico incierto, aun la mejor decisión puede fallar. Por el contrario, pensemos también por un momento en cuántas cosas buenas se han descubierto en medicina por serendipia, cuando no se anticipaba que fuera a existir una asociación de eventos aparentemente desconectados entre sí, y de pronto un médico sagaz logra conectarlos y genera un nuevo conocimiento, descubre algo que ayuda al enfermo sin que de antemano se esperara que esto ocurriera.

Conviene, asimismo, reparar en el valor de las estadísticas. Si bien éstas no explican toda la realidad, sí reflejan una parte importante de ella. Por ejemplo: ¿cuál es el porcentaje de complicaciones esperado de una cirugía en pacientes con cardiopatías congénitas? Lo menciono porque recientemente, en el marco de un congreso internacional de cardiología, tuve oportunidad de conversar con algunos cirujanos reconocidos de grandes instituciones, como la *Johns Hopkins*, la *Mayo Clinic* y otras. Pregunté sobre sus estadísticas, sobre sus márgenes de error, porque aun en dichos institutos ocurren accidentes. Cierto, en proporciones menores, ya que concentran una mayor experiencia, cuentan con mejor tecnología y ofrecen adiestramientos más completos. Pero la cirugía de congénitos es una operación de alto riesgo en cualquier sitio, convinieron los expertos mundiales. Entonces, ¿hasta dónde podemos hablar de errores médicos cuando se está realizando un procedimiento de tan alta complejidad? ¿Se pueden considerar realmente errores? En el mismo sentido podría argumentarse: ¿acaso no

ocurren reacciones farmacológicas no reportadas previamente? La iatrogenia es una cosa, los errores inevitables, los accidentes son otra. La iatrogenia es negligencia, es ignorancia, es evitable y puede llegar a ser criminal. Si ya se sabe que en ciertas condiciones algunos medicamentos no son compatibles y aun así se prescriben, estamos hablando de iatrogenia pura. Nada que ver, en mi opinión, con el error que puede cometer un cirujano en determinado momento, a pesar de su destreza, cuando enfrenta una complicación en el quirófano debido al alto grado de dificultad del problema que está tratando de resolver. ¿Quién juzga ese incidente? ¿Cómo debe evaluarse ante los ojos de la sociedad? ¿Hasta dónde hay responsabilidades?

La CONAMED ha avanzado en la tarea de entender estos asuntos, y qué bueno que así sea. Ésa es su misión. Ése fue el sustento de su decreto hace 20 años, después de aquella larga ruta en la que fuimos primero a la Academia Nacional de Medicina, la presentamos ahí, y luego publicamos una nota en la *Gaceta Médica de México* para darla a conocer¹. Obviamente, lo que queríamos era generar una instancia que pudiera atender los problemas propios del ejercicio de la medicina, que fuera un apoyo para los médicos, pero que no encubriera la negligencia ni solapara la irresponsabilidad, menos aún la ignorancia; buscábamos un espacio que apoyara también a los enfermos pero capaz de impedir que prosperaran aquellas demandas o enjuiciamientos que no tenían un verdadero sustento. Esa instancia tendría que moverse en esa línea de prioridades. Hubo cierta inquietud por parte de un sector importante de la comunidad. Surgieron algunos debates interesantes que fueron bienvenidos. Éstos nos ayudaron a aclarar las bondades de un proyecto que no era «un tribunal diseñado para juzgar al gremio», como algunos insistían. Cuidado. Es así como se encienden las falsas alarmas, con argumentos que pueden parecer ciertos, sin serlo. Por fortuna, no prosperaron.

El nombre mismo tampoco fue fácil de concebir. Luego de darle vueltas al asunto, la visión de Jorge Carpizo (quien fue el gran impulsor del tema de los derechos humanos en el país, primero desde la UNAM y luego en la CNDH) nos ayudó mucho para saber cómo podíamos generar un organismo que no fuera percibido como una amenaza, que fuera aceptado por los médicos, los enfermos, las ONG, y que además ganara espacios en el terreno académico y social. El término *comisión* venía a modo mucho mejor que la palabra *tribunal*; la idea del *arbitraje* tuvo buena aceptación por ser

un término neutro. Todos esos matices se discutieron con vehemencia, con la participación de muchos, médicos y no médicos.

Rescaté la presentación que hice aquella vez en la Academia de Medicina (con diapositivas porque en aquel 1996 no había *PowerPoint*). Las comento ahora tal cual se presentaron. En una de ellas puede notarse que los objetivos de la CONAMED eran muy claros: «Robustecer el sistema de justicia social. Se trata fundamentalmente de un tema de justicia que busca mejorar la calidad de los servicios médicos, resolver de manera oportuna los conflictos, garantizar la imparcialidad». De ahí que en el decreto de creación se hiciera énfasis en la autonomía técnica. La CONAMED es autónoma, y debe seguir siendo autónoma, y las comisiones estatales también, más allá de que se trabaje en conjunto, como se ha venido haciendo, con academias, colegios, universidades, etc.

Otra diapositiva advertía que «el escrutinio social iba a ser de gran exigencia». En realidad luego nos percatamos de que no era un asunto de exigencia, sino de derechos, de derechos que debían atenderse, pues el proyecto rebasaba su componente de demanda social e incursionaba en otro de mayor complejidad con profundas consideraciones éticas. El ambiente que se vivía en ese momento era de acusaciones, de litigios y de abusos en un sentido y en otro, de demandas y contrademandas. Era, por tanto, necesario encontrar un espacio que diera lugar a los derechos del enfermo y también a los del médico. Aunque el contexto ha cambiado, todos estos propósitos siguen estando vigentes.

Otro de los elementos mencionados en el decreto de creación de la CONAMED es el referido a la cultura de la salud, pues desde entonces se insistía en que ésta debía estar orientada a la prevención, y no tanto al tratamiento. A mi juicio, en esta materia seguimos fallando, porque no hemos podido hacer de la cultura de la salud un elemento eficaz para evitar la enfermedad hasta donde sea posible y cuando sea factible. Una muestra inobjetable de ese fracaso en México (aunque no es exclusivo de nosotros) es el caso de la obesidad, el sobrepeso y los trastornos metabólicos. Si hubiéramos sido efectivos en eso, quizá el problema o sus dimensiones serían diferentes. En todo caso, es buen momento para retomar el asunto.

Dentro de las acciones decisivas de la CONAMED estuvo el nombramiento del Comisionado Presidente, fundamental porque le daba un sentido de jerarquía y de autoridad, junto con el de los 10 consejeros que incluía a los presidentes de las academias

de medicina y cirugía. Cuando aquello empezó, la estructura administrativa, sencilla, estaba bien remunerada, al igual que los salarios de los médicos (que en esos tiempos se homologaron en todo el país). Hoy hay de nueva cuenta un gran rezago salarial. Para exigir un servicio de calidad debe haber una remuneración digna. Es un principio ineludible.

Desde su origen, la CONAMED ha contemplado el fortalecimiento de la alianza histórica entre médicos y pacientes como una meta con miras a mantenerse, incluso en medio de un escenario social cambiante y complejo. Ojalá se pudiera, además, recuperar la confianza en nuestras instituciones. Porque este país no se concibe sin la Seguridad Social. ¿Cómo ayudar a que el Seguro Social genere de nuevo ese gran ambiente de cariño, respeto y solidaridad, que ha menguado con los años? Lo mismo diría del ISSSTE y de la propia Secretaría de Salud, de todas las instituciones del sector, federales y estatales. No excluyo de la lista a los establecimientos privados, muchos de ellos sin los controles de calidad necesarios. Los únicos que podemos restaurar la confianza en las instituciones de salud (con la ayuda inconmensurable de nuestras compañeras de equipo, señaladamente las enfermeras, pero también los trabajadores sociales y los trabajadores administrativos), los únicos que podemos resarcir esa confianza en nuestra profesión, en nuestra competencia y en nuestras organizaciones, somos los médicos.

México requiere una buena dosis de confianza institucional. Y eso puede generarse a través de estímulos para quienes mejor se desempeñan: deberíamos premiar a los buenos, y no sólo sancionar a los no tan buenos o a los que fallan. Los seres humanos respondemos a estímulos, y eso ocurre en los ámbitos que van desde nuestra vida personal y familiar hasta nuestra vida institucional, pública o privada. Habría que estimular más el buen trabajo, y ésa también es tarea de la CONAMED, junto con la de seguir atendiendo quejas y buscar la conciliación, elemento esencial para dirimir conflictos. Y es que los seres humanos queremos resolver nuestros problemas. El principio básico es éste: si a alguien lo atendieron mal, o se siente mal atendido, en ocasiones basta con una buena explicación para que pueda quedar satisfecho el quejoso. Alguien tiene que dar esa buena explicación, y es ahí donde la CONAMED ejerce un papel crucial. Conciliar cuando se pueda, sancionar cuando se deba y eximir cada vez que las circunstancias lo ameriten.

Nuestra profesión ha tenido etapas formidables y en nuestro país hay ejemplos de grandes maestros

en diversas ramas de la medicina. El común denominador de los grandes arquitectos de la salud de este país ha sido su postura ética ante la vida. Mientras preservemos esto, mientras no se pierda de vista que el médico tiene que ser ante todo un ente social ético, con principios y en congruencia con los valores que son propios a la profesión, esa alianza con sus enfermos, aun en entornos cambiantes, seguirá siendo efectiva en el ejercicio profesional. Cuando un médico defiende los derechos de sus enfermos, está defendiendo sus propios derechos.

Comento una diapositiva más de aquellos tiempos. Ignoro cómo ha avanzado el fortalecimiento de las comisiones estatales. Las comisiones estatales las empezamos también en 1996, pero ya no teníamos suficientes recursos, y había que generar un sistema de estímulos para que a la CONAMED llegarán no sólo las quejas sino también los comentarios positivos del trabajo realizado. Creo que ésta sigue siendo una asignatura pendiente, no hay que olvidarla.

Si bien aún hay mucho por alcanzar y resolver, al hacer un balance objetivo no puedo más que sentirme satisfecho al atestiguar que esta tarea sensible y delicada ha dado resultados. Estoy cierto que el nuevo Comisionado, el Dr. Onofre Muñoz Hernández, miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, profesor

de la UNAM, intachable funcionario del IMSS, tiene los atributos para conducir los destinos de la CONAMED: experiencia, conocimiento amplio, temperamento para conciliar y tomar decisiones, actitud ética, perspectiva académica. Quienes se han mantenido en la CONAMED durante estos 20 años deben ser los primeros en recibir un amplio reconocimiento. Su labor ha sido fundamental para preservarla. Y es que en México hacen falta más instituciones que no sean efímeras, como si fueran modas que pasan o que desaparecen, no porque no funcionen, sino porque concluyó el sexenio en el que se crearon. Por fortuna hay proyectos que están por encima de esas mezquindades y asumen que no todo debe depender de una agenda o un calendario partidista. En materia de salud, se requieren instituciones sólidas que perduren, que se perfeccionen con una visión de largo aliento para servir mejor al país. Hacer las cosas lo mejor posible es la clave de la calidad, tratar de hacerlas cada vez mejor es el secreto de la excelencia. Tal es el reto que la CONAMED tiene por delante.

Bibliografía

1. Ramón-de la Fuente J. [Presentation of the National Commission of Medical Arbitration]. *Gac Med Mex.* 1996;132(4):357-8.