

Salud pública en México: ¿un problema de impunidad?¹

Laura García Velasco²

IMPUNIDAD | CERO

Preservar la salud es una aspiración de todas las personas: nos permite en mayor medida llevar a cabo nuestros proyectos, desarrollarnos de manera autónoma y con calidad de vida. El ser humano no está exento de padecer enfermedades por factores múltiples: genética, herencia, medio ambiente, estilo de vida, accidentes, entre muchos otros. De aquí que sea prioritario que se implementen políticas públicas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de salud. No sólo porque es parte del derecho fundamental de acceso a la salud, sino porque contribuye al crecimiento socioeconómico de los Estados:

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. La salud es un acervo que los individuos poseen y que tiene un valor intrínseco y un valor instrumental. La salud impacta el crecimiento económico por muchos canales. Reduce, por ejemplo, las pérdidas de producción ocasionadas por la enfermedad de los trabajadores; incrementa la productividad laboral del adulto y la escolar de los niños; aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; hace posible utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles, y libera recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar a tratamiento de las enfermedades (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006: 43, 44).

En la tarea de preservar la salud integral de las perso-

nas juegan un papel trascendental los servicios de salud y, en específico, la actividad de los profesionales del rubro. Al tener como eje de su actividad el cuidado de la integridad y de la vida humana, tienen la obligación ética y la responsabilidad profesional de proteger tanto la vida como la salud de los pacientes, además de su integridad física.

Sin embargo, en el desarrollo de la labor cotidiana de las instituciones del sector salud, se observa que los profesionales pueden quebrantar las normas establecidas. La actuación incorrecta del personal puede provocar un daño a un paciente —lo que se conoce como mala práctica médica y consiste en negligencia, imprudencia e impericia.³ Las responsabilidades de los profesionales pueden ser de carácter administrativo, civil e incluso penal, en función del daño ocasionado. En diversos instrumentos internacionales —citados en la siguiente sección—, los Estados se han comprometido a instituir los medios para combatir la mala práctica médica, y en su caso, indemnizar a las personas por el daño sufrido; ello como parte de sus obligaciones de protección del derecho humano a la salud.

México no es la excepción, no sólo por-

que ha ratificado documentos internacionales,⁴ sino porque, además, conforme al texto vigente del artículo 1 de la Constitución Política, ha establecido la obligación de todas las autoridades —en el ámbito de sus competencias—, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. En consecuencia, el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a ellos, conforme lo establezca la ley.

Para ello es imprescindible incentivar una cultura de la denuncia. Esto no sólo implica que quienes se sientan afectados por el servicio público de salud recibido encuentren cauces para ser escuchados y, de ser necesario, obtengan una respuesta estatal que les permita el pleno ejercicio del derecho fundamental en cuestión, sino que, además, propicia que todas las autoridades en salud —esto es, desde el legislador, pasando por quienes operan el sistema nacional, hasta aquellos que directamente prestan los servicios—, realicen las mejoras correspondientes.

¿De qué hablamos cuando decimos “salud”?

Desde la década de los cuarenta, en que el país comenzó a suscribir diversos instrumentos internacionales que reconocen la salud como un derecho humano, México y otros países han considerado que en la medida en que se proteja este derecho, se garantizará la vida y la integridad física de las personas.

El derecho a la salud fue reconocido por primera vez como derecho fundamental por la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (oms), redactada en 1946. Además, en la Constitución de la oms se declarara-



LAURA GARCÍA VELASCO es licenciada en Derecho y maestra en Derecho Procesal Constitucional. Entre otros estudios, ha cursado posgrados relacionados a la justicia constitucional, a los derechos fundamentales y a la igualdad de género. Forma parte del consejo editorial de la revista *Garantismo Judicial*. Trabajó casi 15 años en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, centrándose en temas referentes al derecho constitucional, al derecho electoral y a los derechos fundamentales.

ron como principios “básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos” (párr. 1). De estos principios destaca que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados; los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos; una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo; y que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Por su parte, el orden constitucional mexicano ya ha reconocido expresamente el derecho a la protección de la salud, también reserva a la ley las bases y modalidades para el acceso a los servicios médicos, y prevé la concurrencia de Federación y entidades federativas en materia de salubridad general.⁵

Siguiendo a la Corte, la faceta social o pública de este derecho exige del Estado atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, y establecer mecanismos para que todas las personas tengan acceso a tales servicios. Por ello resulta imprescindible actuar a través del diseño de políticas públicas y controles de calidad del servicio (1a. CCLXVII/2016 [10a.], 2016). En ese sentido, el máximo tribunal del país ha señalado diversas formas para reparar una violación al derecho a la salud.⁶

Sistema nacional de salud en México

De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en materia de salud participan todos los niveles de gobierno, a través de la distribución competencial que realiza el Congreso Federal por medio de la Ley General de Salud.⁷

Esta ley proporciona una definición de salud y establece la finalidad del derecho a la protección de la misma en armonía con instrumentos internacionales que contemplan tal derecho, y con la interpretación de la Suprema Corte ya referida. Asimismo, en su artículo 5, la ley señala que el sistema nacional de salud “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” de los interesados.⁸ En el artículo 6 indica que entre los objetivos del sistema está el de “proporcionar servicios de salud a toda la pobla-

ción y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas”.

Aun si está establecido el marco legal, el término “negligencia médica” ha sido utilizado de manera indiscriminada, lo que ha generado confusión en la sociedad

Ahora bien, conforme a lo dispuesto en la ley general, el sistema de salud mexicano está segmentado de acuerdo con la capacidad económica y el vínculo laboral o estatus contractual de los usuarios. Se tiene un subsector privado, que comprende a la población con mayores ingresos, compuesto por las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo la medicina alternativa (Dantés, 2011: 220-232); un subsector de aseguramiento público, ofrecido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), mediante el Seguro Popular y el Seguro Médico Siglo XXI, que brindan cobertura médica a la población no contemplada por la seguridad social; y el subsector de seguridad social, según el tipo de vínculo laboral o contractual: IMSS, para trabajadores del sector privado y sus familias; ISSSTE, para trabajadores del Gobierno federal y sus familias; y para los esquemas que cubren a sectores específicos, se contempla a los miembros del Ejército Mexicano (Sedena), la Marina (Semar) y la industria petrolera (Pemex).

La Corte también ha precisado que, aunque en materia de salud participan todos los niveles de gobierno, la misma también es una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y los interesados. Esta responsabilidad tiene por base criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso, en tanto que el financiamiento de los respectivos servicios no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social —estas cuotas se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiendo de su cobro a las personas que no tienen recursos para cubrirlo (P./J. 136/2008, 2008: 61).

No obstante, y como ya se ha hecho explícito, es una obligación del Estado implementar políticas públicas de acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad y con la calidad debida, así como garantizar que los usuarios cuenten con vías para recibir orientación, formular quejas y sugerencias, y todo aquello que permita obtener un servicio adecuado.

IMPUNIDAD CERO

Es cierto que en la calidad y efectividad de los servicios de este rubro inciden en gran medida el conocimiento y experiencia de los profesionales. Debe subrayarse, sin embargo, que también existen otros factores que afectan los resultados: el riesgo que representa la práctica médica; la mala comunicación médico-paciente o centro de salud-usuario —que da pauta a la toma de decisiones sin la información necesaria, o a falsas expectativas de quienes reciben atención médica—; o bien, las condiciones en que se preste el servicio (oportunidad, infraestructura, insumos, etcétera). Todas estas situaciones pueden derivar en un deficiente o mal servicio, pero no constituyen en sí mismas negligencia médica o la comisión de un delito por parte del personal de salud. Aun con ello, como se explicará en la sección siguiente, toda irregularidad sí podrá, y deberá, ser motivo de queja administrativa en tanto no se está cumpliendo con la obligación de prestar el servicio de salud en condiciones óptimas.

México es un país con índice poblacional alto (INEGI, 2010) y la consecuencia lógica de ello es que tenga requerimientos en salud pública de igual proporción.⁹ Como ya se ha apuntado, esto exige a todos los niveles de gobierno —federal, estatal y municipal— acciones que protejan este derecho, en tanto permitan a las perso-

nas obtener el máximo nivel posible de salud integral;¹⁰ sin embargo, como veremos en la sección relativa a los datos oficiales que publica la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), la información deja entrever que existe un número bajo de quejas ante el organismo especializado en conocerlas, que no se corresponde con la percepción sobre la oportunidad, calidad y resultados de los servicios. Esto genera impunidad, como podrá comprobarse enseguida.

Responsabilidad profesional en materia de salud

El médico tiene una responsabilidad moral y profesional respecto a su desempeño.¹¹ Cuando un profesional de la salud incurre en error, omisión o negligencia, tiene que responder legalmente ante la autoridad competente, según sea el caso de mala práctica médica.¹²

Aun si está establecido el marco legal, el término “negligencia médica” ha sido utilizado de manera indiscriminada, lo que ha generado confusión en la sociedad.¹³ Esto acarrea múltiples problemáticas, pues en muchas ocasiones los usuarios identifican como negligencia una situación que no lo es, y que pudo originarse por otra serie de factores no siempre imputables a los profesionales de la salud, como se ha referido.¹⁴

De la misma manera, el hecho de que la conducta del personal de salud sí haya sido negligente, no se traduce en automático en que proceda la indemnización por daño, ya que es presupuesto esencial que

éste exista. Esto vuelve imprescindible que la sociedad tenga información clara y veraz acerca de sus derechos en materia de salud: en qué consiste la mala práctica médica, cuándo procede indemnización y cuáles son las instancias o procedimientos para reclamar. Es importante también que reciba orientación y contención en las propias instituciones de salud, a fin de que muchas de las situaciones que se presentan, y que no constituyen mala práctica, encuentren respuesta inmediata y no escalen a otras instancias.

Para el caso de que en la prestación de algún servicio médico haya existido negligencia, vale retomar lo apuntado por la Corte mexicana al respecto de que en nuestro sistema jurídico existen diversas alternativas para reclamar por daños derivados de ella.¹⁵

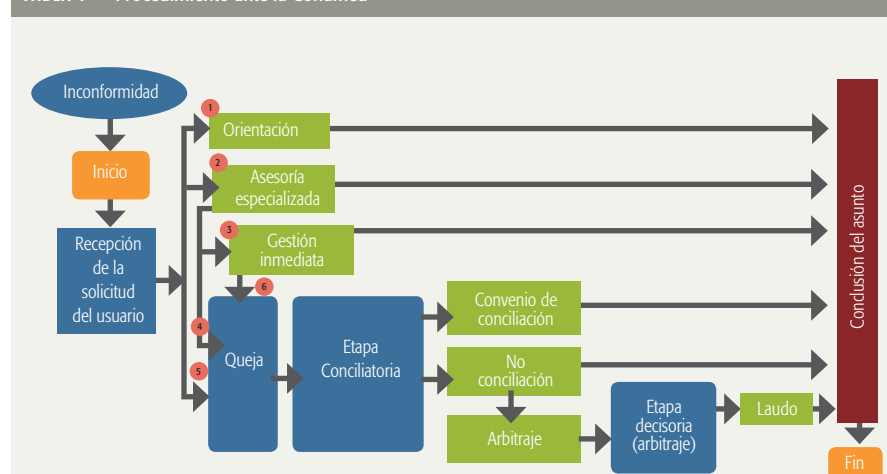
Esto dicho, lo cierto es que los medios legales de solución son de índole jurisdiccional, lo que implica mayores recursos materiales y personales por parte de los usuarios afectados, y tiene por consecuencia que en muchas ocasiones los mismos opten por no presentar denuncia o demanda alguna, lo que deriva directamente en impunidad.

Los usuarios cuentan también con otras vías para inconformarse con la actividad del sector público de la salud, y éstas pueden servir para dar solución inmediata a diversas actuaciones que impliquen mala práctica médica. Puede hacerse a través de quejas e inconformidades presentadas directamente ante la institución prestadora del servicio, o a la que pertenece el personal de salud involucrado; o bien mediante los procedimientos que competen a la Conamed, órgano especializado, como se explicará en las secciones siguientes.

Atención de quejas en las instituciones públicas de salud

En materia de atención de quejas y denuncias de servidores públicos, la Secretaría de la Función Pública coordina la labor de los órganos internos de control en las dependencias y entidades del Gobierno federal. Si se quiere presentar una queja o denuncia relacionada con irregularidades cometidas por servidores públicos en el desempeño de sus funciones, el quejoso o sus familiares pueden dirigirse al órgano interno de control de la dependencia en cuestión, donde les atenderán y darán trámite a su queja o denuncia.¹⁶

TABLA 1 Procedimiento ante la Conamed



Elaboración propia a partir de lo dispuesto en el Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Conamed.

En el caso del ISSSTE, los usuarios tienen la opción de presentar inconformidades derivadas de una imposibilidad negativa, deficiencia médica o administrativa en la prestación de servicios por la dependencia; podrán incluso solicitar el pago de una indemnización y/o el reembolso de los gastos médicos extrainstitucionales en los que haya incurrido el derechohabiente.¹⁷ Además, en la mayoría de las unidades médicas y administrativas del ISSSTE, se encuentra un Buzón o un Módulo de Atención al Derechohabiente, en donde se pueden presentar quejas y peticiones. Existe, por último, el ISSSTETEL, atendido por la Subdirección de Atención al Derechohabiente.¹⁸

Solución de conflictos derivados de la prestación de servicios públicos de salud a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Además de las diversas vías legales que tienen los usuarios de los servicios públicos de salud para reportar alguna práctica médica que estimen indebida, en México contamos *ex profeso* con una entidad especializada en conflictos médico-paciente, denominada Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y con sus símiles locales.

La Conamed es el órgano creado expresamente para solucionar de forma gratuita y de la manera más inmediata los conflictos entre los usuarios de los servicios de salud y los profesionales y las instituciones que otorgan tal servicio. Según el *Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, se trata de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto, además de contribuir a resolver los conflictos, mejorar la calidad de los servicios (Secretaría de Salud, 1996: 78).¹⁹

El procedimiento que se reseña en el siguiente cuadro comprende las inconformidades que los usuarios llegan a formular ante la Conamed. Es ésta la que, según el caso, actuará en consecuencia, ya sea para brindar orientación y asesoría, o realizar gestiones inmediatas, por ejemplo, para que un paciente sea ingresado a la brevedad al área de urgencias o de especialidades; o bien, ante hechos que se advierte que sí constituyen mala práctica médica, para que se tramite una queja, con el fin de que según decidan las partes se dé lugar a la conciliación o al arbitraje (ver la Tabla 1).

A partir de cuatro importantes acciones, la Conamed coadyuva en la solución a los conflictos que surgen de la prestación de los servicios públicos de salud. A saber: (1) orientación y asesoría al paciente que la contacta para exponer su inconformidad, que tiene por finalidad ayudarle a encontrar posibles vías de solución; gestión, que consiste en apoyar al paciente que requiere información o atención médica (sobre todo urgente) y no la ha recibido aun cuando la ha solicitado, para ayudar a gestionar el apoyo que requiere, con el propósito de garantizar el derecho al acceso a la salud y evitar problemas al paciente; (2) conciliación, cuando un paciente interpone una queja, la Conamed intentará conciliar, en una primera instancia, para que el médico o la institución de salud y el paciente o sus familiares dialoguen e

identifiquen si el daño fue por mala práctica médica o por mala información, y decidan conjuntamente la forma para solucionar el diferendo, la controversia se resolverá por la voluntad de las partes, mediante transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondientes; y (3) arbitraje, dado que como su denominación anuncia, la Conamed interviene cuando las partes en un conflicto derivado de la prestación de un servicio médico deciden voluntariamente que dicho órgano resuelva sus diferencias, a través de alternativas extrajudiciales como la conciliación y el arbitraje.

Los requisitos para tramitar quejas ante el órgano especializado son sencillos, a fin de que el procedimiento sea accesible y ágil. Dado que —a juicio nuestro— el procedimiento arbitral es el eje de la creación de la Conamed, en la siguiente sección se desarrollarán con más detalle las fases de dicho procedimiento.

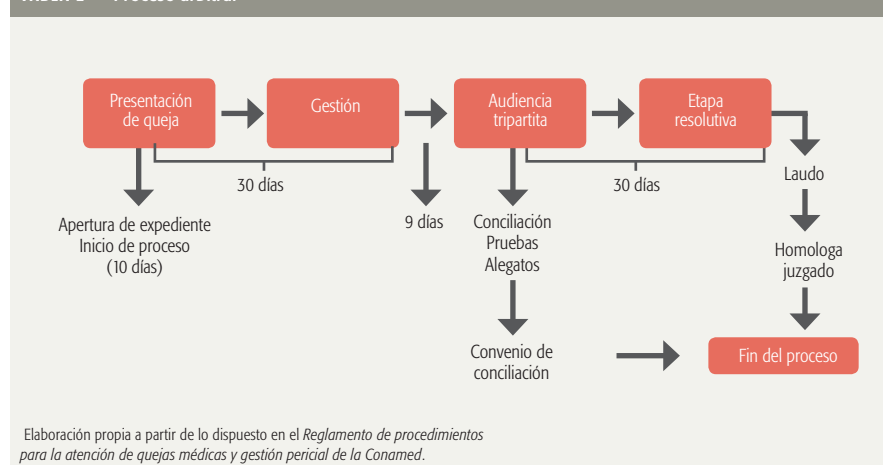
Procedimiento arbitral en la Conamed

Este procedimiento se sigue cuando el paciente y su médico no aceptan conciliar y autorizan que la Conamed intervenga como árbitro²⁰ a fin de resolver el fondo de la queja. Para la resolución del caso, la Conamed se apoya en la opinión de un asesor externo, que es un médico experto certificado. En caso de que el análisis médico y jurídico arroje que efectivamente existe negativa en la prestación de servicios médicos o irregularidad en el servicio, y la pretensión es factible de ser atendida, el personal especializado de la Conamed procede a la admisión de la queja.

El laudo establecerá si existe evidencia de mala práctica médica o no, y en su caso, la indemnización o el reembolso correspondientes (ver la Tabla 2).

Se trata entonces de un medio alternativo de solución de conflictos que, dada su naturaleza arbitral, presupone un procedimiento ágil, con menor costo económico para los usuarios afectados, y con un desgaste personal menor que el que conlleva litigar un asunto en los juzgados. Hasta lo aquí señalado, en principio se puede sostener que a través de las formas referi-

TABLA 2 Proceso arbitral



IMPUNIDAD CERO

das de solución a conflictos en el sector salud, se da cumplimiento a la obligación estatal de prever las vías para atender y reparar las posibles afectaciones por actos u omisiones de los profesionales de salud. Ahora bien, el Estado debe llevar a cabo su función en la materia de manera adecuada. Y lo cierto es que en muchas ocasiones y por factores múltiples, no ocurre de esta forma, por lo que a la par está obligado también a brindar la atención necesaria para repararlo. Si no se tienen los mecanismos eficaces para ello, la mala práctica médica quedará impune.

Dado que es mejor detener un problema cuando inicia —y mejor aún, prevenirlo—, debería apostarse mayormente a la eficacia de los mecanismos existentes dentro de las propias instituciones públicas de salud, o bien, a la Conamed como órgano especializado, para solucionar conflictos derivados de la prestación del servicio. Esto, además, beneficiaría al sector salud, pues permitiría conocer en qué rubros existen mayores deficiencias, así como implementar políticas mejor pensadas para corregirlas. Por tanto, en la siguiente sección se analizan los datos oficiales que nos permiten advertir si tales vías operan eficazmente.

Datos oficiales en materia de quejas médicas derivadas de los servicios públicos de salud

A partir de datos que aportan las propias instituciones públicas médicas, así como otros órganos estatales, podemos contar con un panorama parcial no sólo de la calidad de los servicios públicos de salud, sino sobre todo de la eficacia de los mecanismos internos, así como de aquellos que pone a disposición del usuario la Conamed, para dar solución a conflictos entre paciente-médico. Estos datos, ade-

más, permiten a los propios institutos de salud advertir las irregularidades existentes e implementar las mejoras necesarias, todo en aras de cumplir con la obligación legal de brindar un servicio óptimo.

Vale precisar que no fue tarea sencilla obtener datos duros que evidenciaran la situación real, ya que la plataforma de acceso a la información pública no funcionó durante varios meses, desde mayo de 2016. A la fecha persisten las intermitencias en el sistema.²¹ Esto hizo imposible formular solicitudes de acceso a la información en los portales propios de las instituciones de salud —como IMSS e ISSSTE—, pues la plataforma de acceso a la información es nacional.

No obstante los anteriores obstáculos, esta investigación se apoya en los datos que proporciona la Conamed en su portal web al respecto de las quejas médicas; además de lo que sí fue posible obtener de los portales del IMSS y del ISSSTE, así como de los datos estadísticos del INEGI —particularmente de la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015— y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

Conamed

El *Informe estadístico sobre laudos concluidos 2012-2015* de la Conamed nos permite advertir cuál es la situación, en cuanto a la actividad del propio órgano desconcentrado, al respecto de las inconformidades, solicitudes y quejas que le formulan los usuarios de los servicios de salud.

Según este informe, entre 1996 y 2015 se concluyeron un total de 21 mil 313 quejas de personas con seguridad social. En la tabla siguiente puede observarse el desglose de quejas por cada institución del sector público. El IMSS es la institución con mayor número de quejas (un total de 16 mil 547), seguido por el ISSSTE (4 mil 137 quejas concluidas) (ver la Tabla 3). Ahora bien, tratándose del arbitraje médico que es, digamos, la función de mayor

complejidad de la Conamed, sólo tomaremos como muestra el periodo 2012-2015, con el fin de centrarnos en lo acontecido en los últimos años.

La Gráfica 1 nos permite apreciar el número de casos que recibió el órgano desconcentrado y cuántos involucra el sector público.

De acuerdo con el *Informe Estadístico Anual sobre Laudos Concluidos 2012-2015* de la Conamed, durante ese periodo, la vía de entrada de las quejas médicas (un total de 279) fue en la mayoría de los casos presencial (202 casos, equivalente al 72.4%); también ocurrió mediante la presentación de otras personas —familiares o representantes legales— (46 casos, o el 16.5%); y en las demás situaciones se hizo a través de otros medios, tales como la página web de la Conamed, o su correo electrónico (31 casos, o el 11.1%) [2015b: 26].

En cuanto al sector al que pertenece la unidad médica involucrada en la queja, en el público se presentaron 95 casos (34.1%), dividido en 65 de seguridad social (23.3%) y 30 de no derechohabientes (10.8%). Las restantes fueron del privado (65.9%) [2015b: 31].

Referente a cuáles son las instituciones involucradas en la queja en el sector público, el ISSSTE intervino en 63 casos (22.6%); de ellos, 12 de la unidad de consulta externa y 61 de la unidad de hospitalización; en segundo lugar, la Secretaría de Salud: 23 quejas (8.2%), una en consulta externa y 21 de Hospitalización; siete quejas originadas por servicios estatales (2.5%); por último, Pemex y Sedena, con una queja cada uno.

El caso del IMSS no entra en esta estadística. Como explica la propia Conamed en su informe, si bien del total de quejas recibidas se adjudica al IMSS un porcentaje importante, lo cierto es que este instituto no se somete al arbitraje médico en la Conamed —en términos de la legislación que lo rige—, siendo él mismo el que lleva a cabo las diligencias y trámites vinculados en las quejas surgidas con respecto a su desempeño.

Ahora bien, en el informe en cita se revela también que el mayor número de conflictos se da en las unidades de hospitalización: 79 en el sector público y 108 en el privado; seguido de las unidades de consulta externa: 10 del sector público y 74 del privado (2015b: 33).

En cuanto al incidente que motivó la queja, si se examina sólo lo referente al sector público se observa que los pri-

TABLA 3 Quejas concluidas por Conamed según institución del sector público 1996-2015

Año	Seguridad social							Total con seguridad social
	IMSS	ISSSTE	Pemex	Sedena	Semar	Otra	Seguridad social de los estados	
1996-2015	16,547	4,137	379	77	35	44	94	21,313

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), Boletín Estadístico 1996-2006 y Reseña estadística de la atención de inconformidades en la Comisión de Arbitraje Médico 1996-2010. Para 2011-2015, cuadros anuales tomados de la sección de estadística de la página web de la Conamed.

meros lugares corresponden a la unidad de urgencias, la de traumatología, y la de ortopedia y pediatría (en ese orden), agrupando el 54% de los casos. En el cuarto y quinto lugar están gineco-obstetricia y cirugía general (2015b: 35).

Además, del total de casos analizados (279), en 154 (52.51%) se concluyó que existían evidencias de mala práctica; mientras que en 125 de ellos, se determinó que no había evidencia (44.8%). De lo que corresponde al sector público en cuanto a estos números, 56 casos arrojaron evidencia de mala práctica y 39 quedaron sin evidencia. Por último, quienes tuvieron mayor incidencia de mala práctica son los servicios estatales de salud (71.4%), aun cuando el número de casos es reducido (cinco de siete); le sigue el ISSSTE, con 37 de 63 casos (58.7%). Sedena sólo tuvo un caso, y se concluyó que sí había evidencia de mala práctica (2015b: 74).

Respecto de la conclusión del laudo, el informe indica que hubo 138 con sentencia absolutoria (49.5), y 141 con sentencia condenatoria (50.5%). Puntualiza, además, que en los laudos concluidos según evaluación del acto médico el porcentaje de buena práctica es de 125, mientras que de mala práctica presenta el 154%. Por último, se observa que se ordenó en 62 casos la indemnización y en 79 el reembolso de gastos efectuados por los pacientes (2015b: 80).

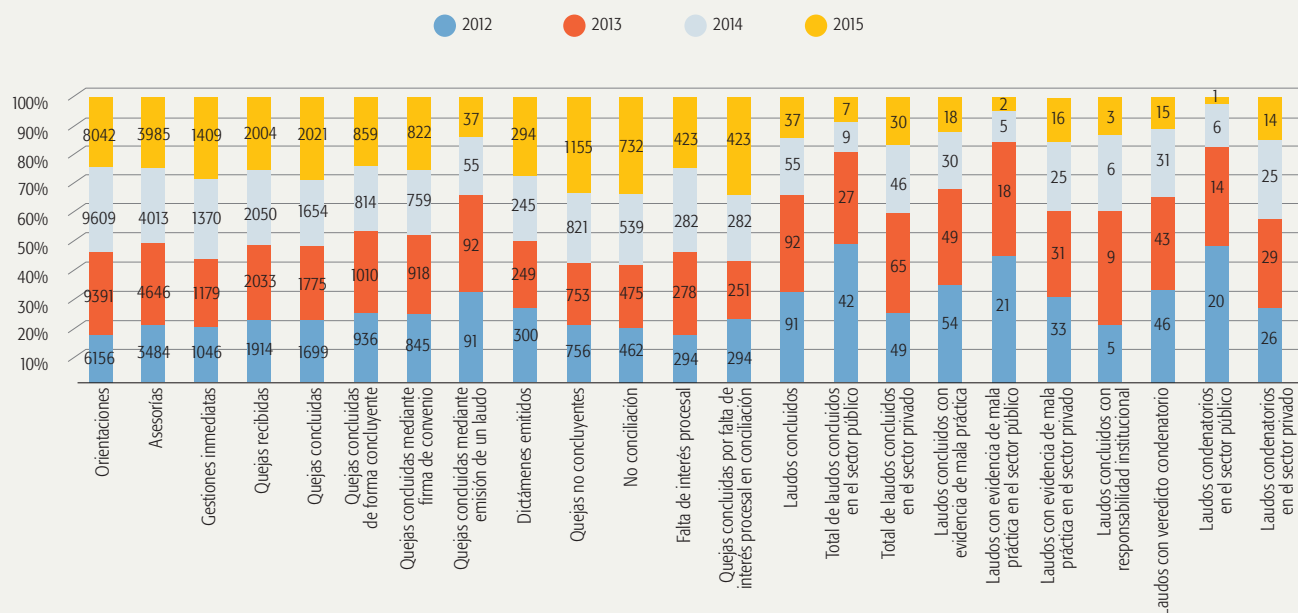
Frente a la densidad de población en México —que apunta a una alta demanda de atención médica—, el número de denuncias que la Conamed recibe anualmente es bajo; en específico, el número de aquellas que resuelve vía conciliación y arbitraje. Es cierto que gran número de las inconformidades que se presentan se solucionan mediante la orientación o gestión inmediata. No obstante, se trata de un mecanismo nacional e importante para que los usuarios obtengan respuesta a sus inquietudes y el problema no escale, por lo que los números podrían indicar la falta de una cultura de denun-

cia, por una parte; y por otra, de desconocimiento, o bien, desconfianza en esa vía de solución.

De la información que arroja la Conamed no es posible advertir si la población en situación vulnerable intenta este tipo de alternativa cuando no recibe el servicio de salud de manera óptima. La condición socioeconómica del usuario no debe ser considerada un detalle menor para medir la respuesta efectiva de las autoridades ante la mala práctica de los profesionales e instituciones de salud. La propia Conamed reconoce en el informe mencionado que no cuenta con estos datos al respecto de quienes acuden ante ella. Llama la atención, por ejemplo, que un gran número de los casos documentados en el informe, en los que los conflictos se resolvieron a través del arbitraje médico, ocurrieron en los servicios prestados por el sector privado. Esto podría indicar que la baja reclamación respecto de los servicios públicos de salud obedece más bien a la situación socioeconómica de quienes son afectados. Dado que quienes ocupan los servicios de salud pública por lo común son los más desfavorecidos social y económicamente, no contar con ese dato es de suyo ya un problema de impunidad.

Tampoco queda claro qué genera la falta de interés en proseguir la queja, pues hay casos en los que éstas no culminan su proceso. Conocer la raíz de este desinterés permitiría saber, por ejemplo, si esto deriva de la falta de confianza en la institución, o si las personas no tienen los recursos necesarios para continuar con el procedimiento —en tanto que les implica traslados, comparecencias, entre otros. La importancia de estos datos comúnmente considerados menores es que en tales circunstancias abonan a la impunidad.

GRÁFICA 1 Indicadores relevantes del desempeño de Conamed (periodo 2012-2015)



Fuente: Cuadro recuperado del informe Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud (1996 - 2015) de la Conamed.

IMPUNIDAD CERO

Sumado a esto, el hecho de que sea alto el porcentaje de laudos condenatorios por mala práctica médica nos confirma que la prestación del servicio médico no se está realizando en condiciones óptimas —aun con el número reducido de quejas ante la Conamed que concluyen vía arbitraje.

Por último, también llama la atención que en el periodo de 2012 a 2015, el número de quejas ante este organismo no disminuyó de forma considerable. Así, si bien es bajo este número en proporción al de usuarios, su constancia a lo largo de esos tres años también es significativa de que no ha mejorado la calidad del servicio de manera que las inconformidades que se presenten día a día sean cada vez menos.

IMSS

En lo que se refiere al IMSS, tenemos que en términos de su propia normatividad²¹ los derechohabientes podrán presentar una queja administrativa por actos u omisiones relacionados con la prestación de los servicios médicos. Las quejas se presentan ante la Contraloría Interna Central y las contralorías internas de las delegaciones; o bien, en los módulos correspondientes, conforme al instructivo emitido para ese fin.²²

De acuerdo con datos proporcionados por la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto, con motivo de una solicitud de información pública se tiene que se registraron 24 mil 526 quejas, todas atendidas durante el periodo comprendido del 1 de enero de 2011 al 13 de octubre de 2015. Del total, 148 obedecieron a supuesta negligencia médica, y de éstas se resolvieron 68 en sentido procedente.²⁴

Si bien el IMSS cuenta con mecanismos internos a través de los cuales puede dar solución a las inconformidades de los usuarios, deja dudas el hecho de que siendo el organismo de seguridad social que mayor población atiende,²⁵ a lo largo de un lustro haya recibido sólo ese número de quejas; también resulta llamativo el hecho de que únicamente en 68 casos se determine que hubo negligencia médica.

Encuesta Nacional de Calidad de Impacto Gubernamental (ENCIG)

En contraste con estos datos, verificamos los que se proporcionan en la ENCIG 2015. Este documento tiene la finalidad de dar a conocer a la sociedad en general la información obtenida sobre la evaluación que la población de 18 años y más otorga —de acuerdo con su experiencia—, a los servicios públicos. La encuesta busca aportar elementos para la toma de decisiones de política pública en materia de calidad en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

En el rubro de nuestro interés, la encuesta comprende los servicios públicos bajo demanda —como son la atención médica federal y la atención médica local—; los trámites de alta frecuencia —como las citas o atención médica programada—; y las solicitudes de servicios de atención médica de urgencia, entre otros.

Al respecto de los servicios públicos bajo demanda, en específico los servicios de salud estatales o seguro popular, el documento informa que:

- En cuanto a la satisfacción con el servicio de salud estatal o Seguro Popular, 47% del total encuestado está muy satisfecho o satisfecho; en contraste con 2013, que arrojó un porcentaje de satisfacción del 54.9;
- el 45.3% considera que sí hay disponibilidad de medicamentos;
- un 57.8% de la población usuaria considera que existen médicos suficientes;
- un 58.7% estima que se otorga atención inmediata cuando se requiere.

TABLA 3 Total de quejas en el sector salud nacional, enero a diciembre de 2015 (3 mil 47 quejas)

Entidad	Quejas	%
Distrito Federal	943	30.94
Estado de México	361	11.84
Jalisco	133	4.36
Aguascalientes	121	3.97
Sonora	114	3.74
Michoacán	109	3.57
Quintana Roo	106	3.47
Chihuahua	99	3.24
Coahuila	98	3.21
Tamaulipas	95	3.11
Veracruz	82	2.69
Chiapas	71	2.33
Oaxaca	68	2.23
Yucatán	65	2.13
San Luis Potosí	63	2.06
Sinaloa	54	1.77
Guanajuato	52	1.7
Baja California	50	1.64
Puebla	49	1.6
Hidalgo	38	1.24
Durango	37	1.21
Querétaro	37	1.21
Baja California Sur	32	1.05
Guerrero	31	1.01
Nuevo León	30	0.98
Morelos	26	0.85
Colima	21	0.68
Zacatecas	20	0.65
Campeche	13	0.42
Tabasco	10	0.32
Nayarit	8	0.26
Imposibilidad de señalar ubicación	7	0.22
Tlaxcala	4	0.13

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Alerta de Violación a los Derechos Humanos, CNDH.

Referente al ISSSTE, proporciona los siguientes datos sobre la percepción de las personas frente al servicio:

- 41.6% de la población usuaria está muy satisfecha o satisfecha con el servicio de salud; en contraste con el 56.8% de 2013;
- 52.4% considera que existen médicos suficientes;
- 44.3% estima que hay disponibilidad de medicamentos;
- 49.5% considera que se otorga atención inmediata cuando se requiere;
- 58.7% afirma que las instalaciones son adecuadas y cuentan con el equipo necesario.

Tratándose del Servicio de Salud del IMSS:

- 38.8% estima estar muy satisfecha o satisfecha con el servicio; en contraste con el 52.7% de 2013;
- 60.4% considera que las instalaciones son adecuadas y cuentan con el equipo necesario;
- 48.6% considera que hay disponibilidad de medicamentos;
- 43.3% considera que se otorga la atención inmediata cuando es requerida.

Además, en el mismo documento se revela que el servicio donde la mayoría de la población asistió a una instalación de gobierno fue el de atención médica de urgencia (99.2%), y de atención médica programada el 97.2%.

Asimismo, explica que el 41.3% estima estar muy satisfecha o satisfecha con el tiempo destinado a la atención médica de urgencia, y el 65.4 con el trato recibido en atención médica programada; así como 52.1 en la atención médica de urgencia.

Respecto de la obtención de lo requerido por el usuario, 93.5% estima que sí obtuvo lo requerido en el rubro de atención médica programada, mientras que el 89.7 estima lo mismo en cuanto a atención médica de urgencia.

Si bien en los resultados del ENCIG 2015 se pretende destacar a la población que está muy satisfecha o satisfecha con el servicio público de salud, lo cierto es que tales datos dejan entrever que alrededor de la mitad de los usuarios no están satisfechos con los servicios de salud.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

Para la CNDH, el mal servicio de salud constituye una violación de derechos humanos. Y al respecto de ello ha proporcionado los datos que aparecen en la Tabla 3.

Se advierte que el mayor número de quejas se ha presentado respecto del entonces Distrito Federal —ahora Ciudad de México—, así como del Estado de México. Asimismo, la información revelada por la CNDH permite observar que en el Distrito Federal los servicios en los que se concentró el mayor número de quejas fueron: (1) prestar indebidamente el servicio público (289 quejas); (2) omitir proporcionar atención médica (234 quejas); (3) omitir suministrar medicamentos (111 quejas); y (3) negligencia médica (103 quejas).

Estas cifras proporcionadas por la CNDH indican que en el tema del servicio de salud, las irregularidades han terminado por escalar incluso al órgano nacional para conocer los casos de violaciones graves a los derechos humanos, lo cual no es un aspecto menor.²⁵

Dado que es mejor detener un problema cuando inicia —y mejor aún, prevenirlo—, debería apostarse mayormente a la eficacia de los mecanismos existentes dentro de las propias instituciones públicas de salud

Conclusiones a partir de los datos oficiales

A través de lo apuntado en cada sección de este trabajo, se considera aquí que en cuanto al panorama general no es posible conocer de manera cierta el número real de sucesos que dan paso a inconformidades por parte de los usuarios de los servicios públicos de salud. Esto es así puesto que si bien se genera información por parte de diversos órganos, la misma no se cruza de manera que pudiera conocerse a nivel nacional un resultado final sobre las irregularidades en materia del servicio público de salud, y al respecto de si se les ha dado solución o no. Además, esto contribuye a la insatisfacción del derecho al acceso a la información pública, pues no se cuenta con datos suficientes que permitan advertir si la mayoría de los conflictos que surgen no son denunciados; o bien, si lo fueron de alguna manera, pero los quejosos desistieron ante la falta de respuesta a sus demandas.

Asimismo, se advierte que el número de quejas médicas y de casos en los que se determinó que existió error o negligencia —según los datos proporcionados por las instituciones de salud— no es proporcional a la población usuaria, ni a la percepción que la misma tiene del servicio —si se contrasta con los datos que proporciona el ENCIG 2015 al respecto.

También se observa que a 20 años de su creación, el órgano especializado para contener y solucionar los conflictos paciente-médico (Conamed) tiene un nivel bajo de eficacia frente a lo que se esperaría de él, dado su impacto mínimo en la solución de conflictos derivados de los servicios de salud. Esto contribuye a agravar cualquier impunidad que se presente en la propia prestación del servicio, al no contribuir a dar solución o mejora al problema.

Por último, de acuerdo con los datos señalados, las quejas médicas continúan año con año, incluso se han presentado ante la CNDH. Esto indica una falta en el Estado para corregir la mala actuación de los prestadores del servicio, y agrava la impunidad ante la situación.

IMPUNIDAD CERO

Responsabilidad estatal compartida

Los datos referidos nos permiten concluir que en el tema de los servicios públicos de salud sí existe impunidad. Es cierto que se cuenta con mecanismos para reclamar ante las propias instituciones de salud las irregularidades o la posible mala práctica médica que los usuarios adviertan o resientan; también lo es que se tiene un órgano especializado para solucionar, vía conciliación o arbitraje, los conflictos que surgen de tales situaciones; sin embargo, y como se ha hecho explícito por medio de los datos contemplados en este trabajo, tal órgano especializado no es eficaz.

Cabe aquí la pregunta por la responsabilidad. Al tratarse de un sistema nacional coordinado por la Secretaría de Salud, es evidente que todos los niveles de gobierno tienen responsabilidad en la calidad del mismo, y en la respuesta que se da a quienes, contrario a recibir un servicio que preserve su salud de manera integral, sufren un daño.

La parte emocional que rodea una enfermedad requiere que el sector sa-

lud actúe siempre en aras de brindar a los usuarios confianza, tanto en la atención como en el tratamiento que recibirán, e información veraz y clara para tomar oportunamente la decisión más adecuada.

El legislador, por ejemplo, siempre tendrá responsabilidad en la protección que se brinda a un derecho fundamental como es la salud, en tanto le corresponde prever las medidas legislativas necesarias para ello. Una de sus tareas es, entonces, fortalecer el órgano encargado del arbitraje médico, a fin de que no se trate sólo de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, sino de una Comisión con mayor autonomía y atribuciones, y con recursos materiales y humanos suficientes para llevar a cabo su función.

De igual manera, el legislador federal podría establecer la obligación de que en las unidades médicas y hospitalarias exista un área de atención a los pacientes, con personal capacitado en orientación y contención, cuya finalidad sea la de evitar que el conflicto escale hacia el órgano interno de control. Se deberá supervisar que efectivamente se cumpla con la obligación de que, al recibir atención médica, los usuarios sean informados de forma suficiente y veraz sobre el tratamiento a practicar, la duración del mis-

mo, y las expectativas reales que pueden tener. Esto es imprescindible dado que gran parte de los conflictos que surgen deriva de la mala o nula comunicación entre usuarios e instituciones de salud y personal médico.

También sería necesario establecer la obligación de las instituciones de salud de llevar un registro de quejas e inconformidades, en el que se anote el sexo y edad de los quejosos, su condición socioeconómica, el motivo del reclamo, el área de atención de la que deriva el problema, así como la orientación brindada. De obtenerse, esta información debería ser publicada periódicamente a fin de que estos elementos sirvan para mejorar la calidad del servicio.

Por su parte, las entidades de salud podrían establecer medidas de este tipo en su reglamentación interna, así como apostar a una mayor promoción de los derechos y obligaciones, tanto de los usuarios como del personal de la salud; además, deberían también difundir constantemente cuáles son las vías internas para la atención y solución en caso de conflicto, y ante quiénes y de qué manera deberán atenderse las quejas.

En ese sentido, sería conveniente que la Secretaría de Salud —como coordinadora del sistema de salud—, dicte las normas oficiales mexicanas para homologar un modelo de atención médica para el sector público, que comprenda instancias internas de contención y solución, a través de procedimientos accesibles y sencillos, con el propósito de que, dado el caso, canalicen a los afectados ante la Conamed y sus símiles en los estados.

Además, la Secretaría de la Función Pública representada en cada entidad de salud pública (órganos internos de control), también tendría que coadyuvar de manera más efectiva en el control, a través de la generación de datos que reflejen la situación imperante, la implementación de mecanismos accesibles para denunciar irregularidades por parte de los servidores públicos de salud, y la difusión permanente de los mismos.

La preservación de la salud no sólo depende de la pericia médica. Para la prestación de un servicio público de salud de mejor calidad es fundamental incentivar una cultura de la denuncia; también lo es que los mecanismos para dar solución a una queja sean eficaces, a fin de que en el sector público de salud no impere la impunidad. **EstePaís**



- ¹ Una versión ampliada de este documento y la bibliografía del mismo puede descargarse del sitio oficial de Impunidad Cero: <<https://www.impunidadcero.org/>>.
- ² En esta investigación también colaboró Alejandra Georgina Laorrabaquío Saad, licenciada en Relaciones Internacionales por el Tecnológico de Monterrey (campus Ciudad de México), y en Gestión Cultural por la Universidad de Guadalajara (UDG). Laorrabaquío Saad también es maestra en Derecho Internacional y candidata a doctora en Derecho de la Cultura.
- ³ La mala práctica médica deriva en diversos tipos de responsabilidades que pueden fincarse a los profesionales de la salud, ya sea de manera administrativa, civil o penal, lo cual es determinado en función del daño ocasionado al paciente. Es considerada una omisión por parte del profesional, al no prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en la relación con su paciente, y tiene por resultado cierto perjuicio a este último; también se considera mala praxis cuando el médico, a través de un acto propio de su actividad, con relación causal y con culpa, produce un daño determinado en la salud de un individuo. Estos daños no son justificables en el trabajo cotidiano del profesional. Existen tres tipos: (1) negligencia médica o incumplimiento de los principios de la profesión, lo que se debe hacer no se hace o, sabiendo que no se debe, se incurre en la falta; (2) impericia o falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad, que se traduce en ineptitud para el desempeño profesional, e (3) imprudencia o daño causado que se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones y sin medir las consecuencias (Carrillo Fabela, 2009: 16).
- ⁴ Existen diversos instrumentos internacionales que contemplan el derecho a la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 lo hace en sus artículos 25.1 y 25.2; también el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contempla tal derecho en el artículo 12; el Protocolo de San Salvador, donde se establecen las medidas que deberán adoptar en el asunto los Estados que formen parte; la Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña; y la Convención Internacional sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 11, inciso “F”, entre otros. México ha ratificado todos estos instrumentos.
- ⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4 (1ª. LXV/2008, 2008: 457). Recuperado de: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>>. Consultado el 13 de octubre de 2016.
- ⁶ Establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones; prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para la presunta víctima, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto; cuando hay una lesión clara a la integridad de la persona, como es la mala práctica médica, las autoridades políticas, administrativas y especialmente judiciales deben asegurar e implementar la expedición razonable y prontitud en la resolución del caso; tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud; otorgar servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados médica y científicamente (1a. CCCXLI/2015 [10a.], 2015: 969).
- ⁷ En efecto, el artículo 4 en relación con el 73, fracción XVI, dispone que la materia de salud es concurrente; esto es, si bien la Federación, entidades federativas y municipios tienen atribuciones al respecto, será la primera la que establecerá las bases para el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud, y la forma en que operará la referida concurrencia.
- ⁸ En el numeral 50, la Ley define como “usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado”; mientras que en el diverso 51, párrafo primero, establece que los usuarios de los servicios de salud, tanto públicos como privados, tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- ⁹ Además de cubrir a una población grande, para llevar a cabo la atención médica a nivel nacional se requieren insumos de carácter material y humano, tales como consultorios, clínicas, hospitales de especialidades, laboratorios, medicamentos, material médico y quirúrgico, personal médico y auxiliar de salud y personal administrativo; capacitación a todo el personal de salud; procesos y/o trámites administrativos ágiles; información médica clara y certera; buena comunicación médico-paciente; oficinas de información, asesoría y contención dentro de las unidades de salud; vías para la solución de conflictos en materia de la prestación de servicios públicos, entre otros.
- ¹⁰ En términos de la Ley General, la atención médica integral comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, y acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- ¹¹ De acuerdo con la cita que hace la doctora Carrillo Fabela, por responsabilidad profesional médica se entiende la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, incluso, cometidos en el ejercicio de su profesión (2009: 4).
- ¹² “En el momento en que el médico, por su actuación o no actuación, cometa un hecho ilícito que se constituya como delito, esto es, que haya violado las normas jurídicas al producir un daño con su conducta, daño que lesione bienes jurídicos tutelados, en ese momento tendrá que responder legalmente, ya sea en el terreno penal, civil, laboral y/o administrativo” (Ambrosio Morales, M. T., Carrillo Fabela, L. M. R., González Mora, B. V., s.f.: 498).
- ¹³ Para definir de manera sencilla la negligencia médica, puede decirse de ella que ocurre “[...] cuando el médico no cumple con la obligación de emplear en forma adecuada los medios necesarios para atender a un paciente, es decir, cuando tiene los conocimientos y recursos necesarios para hacerlo y no los utiliza por descuido u omisión” (Bastidas Matheus, N.: 2012). Así, podemos enunciar como causas de error y negligencia: una deficiente o nula relación médico-paciente; interrogatorio inadecuado; auscultación inadecuada o inexistente; subutilización de los estudios de gabinetes de diagnóstico; historia clínica inexistente o mal elaborada; prescripción deficiente; subutilización del avance tecnológico en la atención al paciente.
- ¹⁴ La Asociación Médica Mundial (WMA) consideró que el aumento de demandas por negligencia médica puede ser el resultado de alguna o más de las siguientes circunstancias: el progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican nuevos riesgos que pueden ser graves en varios casos; la obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica; la confusión entre el derecho a la atención, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar; el papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y

IMPUNIDAD CERO

control del paciente, y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos; y las consecuencias indirectas del desarrollo de una medicina defensiva, producidas por el aumento del número de demandas (Asociación Médica Mundial (s.f): párr. 4-8).

¹⁵ En efecto, los usuarios podrán solicitar que se instaure el procedimiento de responsabilidad administrativa de los servidores públicos —en tanto los médicos de este sector tienen tal carácter, y están sujetos a procedimientos disciplinarios— (1ª. CLXXIV/2014 (10ª.), 2014: 808). Por otra parte, los usuarios tienen la vía penal para actuar en contra de los profesionales de la salud que cometan algún delito (por ejemplo, por responsabilidad profesional, lesiones u homicidio) [1a. CLXXV/2014 (10ª.), 2014: 810]; y, a su vez, también está a su disposición la vía civil para el caso en el que se demanda del médico —no de la institución— una indemnización al usuario por el daño sufrido (1a. CLXXVI/2014 (10ª.), 2014: 809). Por último, en términos de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial, podrá solicitarse al Estado que pague el daño por su actuación irregular (1a. CLXXII/2014 (10ª.), 2014: 818).

¹⁶ Existen opciones para realizar el trámite de quejas y denuncias ante la Secretaría de la Función Pública: Puede ser en línea: <<https://sidec.funcionpublica.gob.mx>>; por atención telefónica, llamando en la Ciudad de México al 2000 2000 y 2000 3000 (extensión 2164), y al interior de la República al 01 800 11 28 700; presencial, asistiendo al Espacio de Contacto Ciudadano de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur No. 1735, PB Módulo 3 Col. Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, CP. 01020, Ciudad de México; o por correspondencia, mediante un escrito libre dirigido a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, con domicilio en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2 Ala Norte, Col. Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, CP. 01020, Ciudad de México.

¹⁷ El trámite es gratuito y debe realizarse de forma presencial en las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social de las delegaciones estatales y regionales, en un horario de lunes a viernes de las 09:00 a las 15:00 horas. “Atención a queja médica del ISSSTE”, consultado el 13 de diciembre de 2016 en <<http://www.gob.mx/tramites/ficha/solicitud-de-queja-medica-en-el-issste/>

ISSSTE494>. Además, el directorio de Unidades Médicas y/o administrativas del instituto puede obtenerse en la red en <<http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423/unidadesmedicas.pdf>>. “Directorio de Unidades Médicas - Dirección de Comunicación Social, Jefatura de Servicios de Relaciones Públicas, ISSSTE, febrero de 2015. Consultado el 13 de diciembre de 2016.

¹⁸ El servicio de atención telefónica denominado “ISSSTETEL” de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE recibe peticiones, comentarios y sugerencias. El servicio funciona las 24 horas del día los 365 días del año; para la CDMX y el área metropolitana puede llamarse al 4000-1000; en el interior de la República, puede marcar al (0155) 4000-1000. La misma Subdirección tiene también una cuenta en la red social de Twitter <@usuarios.issste> para proporcionar orientación y para captar peticiones de los derechohabientes; en ella, personal especializado brinda atención a los planteamientos de los usuarios. Se puede contactar también al Instituto por medio de correo electrónico en <quejas@issste.gob.mx>.

¹⁹ A fin de cumplir su objeto, este órgano está facultado para realizar las siguientes acciones: atender las quejas presentadas; brindar la orientación y la asesoría especializada que el usuario necesite, particularmente la que se refiere a los alcances y efectos legales del proceso arbitral y de otros procedimientos existentes; gestionar la atención inmediata cuando la queja se refiera a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía; actuar en calidad de árbitro, atendiendo a las cláusulas compromisorias y compromisos arbitrales; intervenir discrecionalmente y no a petición de parte en asuntos de interés general, propugnando por la mejoría de los servicios médicos, para cuyo efecto emitirá las opiniones técnicas y recomendaciones que estime necesarias; elaborar los dictámenes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, así como por las instituciones con las cuales exista convenio de colaboración. En el Artículo 4 del *Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico* se amplía esta información.

²⁰ Conamed, 2003: 105.

²¹ Recuperado de <<https://medium.com/@AlePadillaRmz/casi-un-año-sin-plataforma-nacional-de-transparencia-la-insistencia-inútil-al-inaimexico-acb162eea035#.knp8pzfuc>>. Consultado el 22 de octubre de 2016.

²² Ver el artículo 296 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 y 2 del Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS.

²³ Instructivo para el Trámite y Resolución de las quejas administrativas ante el IMSS, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de septiembre de 2004.

²⁴ Respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 0064102278415, presentada ante el IMSS a través del sistema INFOMEX Gobierno Federal.

²⁵ Según el Capítulo II. Población Derechohabiente del Informe “Memoria Estadística 2015” del Instituto Mexicano del Seguro Social, al 31 de diciembre de 2015 se alcanzó un registro de 17 millones 884 mil 33 puestos de trabajo, de los cuales el 86% son plazas permanentes y 14% plazas eventuales. Conforme al Comunicado de Prensa núm. 229/2016 del IMSS, emitido el 13 de Diciembre de 2016, la afiliación de trabajadores en el IMSS al 30 de noviembre de 2016 era de 18 millones 935 mil 841 puestos de trabajo; de éstos, el 85.6% son permanentes y 14.4% eventuales.

²⁶ En cuanto a las cifras referentes al 2016, resulta pertinente informar al interesado que poco antes a la publicación de este artículo, la CNDH rindió un nuevo informe de labores, referente a este año, en el *Informe de Actividades del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016*. De éste y referente al tema que aquí nos ocupa, destacamos lo siguiente:

1. La CNDH remitió a la Conamed 550 expedientes, al no ser de su competencia, ocupando el organismo médico la segunda posición de las diez principales autoridades a la que se le remiten casos.
2. El IMSS ocupa el primer lugar de las autoridades señaladas como más frecuencia en las quejas (2 mil 74), ISSSTE en tercer lugar (838).
3. De los hechos violatorios de Derechos Humanos que se mencionan con mayor frecuencia en las quejas, el segundo lugar lo tiene el omitir proporcionar atención médica (2 mil 155), mientras que la negligencia médica ocasionó 483 quejas.
4. El IMSS ocupa el primer lugar de las autoridades que recibieron más recomendaciones: en total 15.
5. De los diez hechos violatorios más frecuentes considerados en las recomendaciones, destaca en el segundo lugar la negligencia médica y, en octavo lugar, omitir proporcionar atención médica.
6. El IMSS ocupa el segundo lugar de las autoridades federales con mayor número de recomendaciones en trámite (recibió 30) [Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2016: 18-53].