

**EL MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO:  
UN APORTE A LA CALIDAD DE LA MEDICINA Y A LA  
COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES**

**Pedro Barría Gutiérrez <sup>1</sup>**  
**Corina Saint George Arce <sup>2</sup>**

***RESUMEN:** La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) con razón puede hablar de modelo mexicano de arbitraje médico debido a sus exitosos resultados de más de diez años de labor. Este modelo concibió el arbitraje médico como parte de una política pública del área de salud, tendiente a mejorar la calidad de la medicina y la relación médico-paciente, conteniendo la medicina defensiva. La vinculación de la CONAMED y las Comisiones estatales homónimas con las políticas públicas sanitarias en México, explica que dichas entidades se relacionen directamente con las secretarías de salud federales o estatales respectivamente y que la CONAMED dependa directamente del Presidente de la República. El porcentaje de casos conciliados, concluidos por acuerdo de las partes, llegó a 65,7% en 2005, resultado que se explica por el carácter integral del sistema en fases sucesivas, lo que permite que si el requirente no encuentra solución en la fase de orientación, pueda hacerlo en la de conciliación o, finalmente, en la fase de arbitraje. No obstante que la realidad sanitaria mexicana se aparta de la chilena en algunos aspectos, la incorporación de algunas características del modelo mexicano de arbitraje médico al sistema de mediación por daños en salud chileno, podría contribuir a la transformación positiva de conflictos en el área sanitaria en nuestro país.*

<sup>1</sup> PEDRO BARRÍA GUTIÉRREZ. Abogado, Jefe de la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado

<sup>2</sup> CORINA SAINT GEORGE ARCE. Contador Auditor, Jefe del Departamento de Administración General del Consejo de Defensa del Estado.

**DESCRIPTORES:** Arbitraje Médico - Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) - Conciliación médica - CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) - Mediación médica - Medicina - Medicina defensiva - México (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) - Relación médico-paciente - Responsabilidad médica

**SUMARIO DE CONTENIDOS:** I.- Introducción. II.- Origen de la CONAMED. III.- Protección de la salud en la República Mexicana. IV.- Estructura orgánica de la CONAMED. V.- Competencia territorial de la CONAMED. VI.- Modelo mexicano de arbitraje médico. VII.- Acceso a la CONAMED. VIII.- Satisfacción de requirentes, calidad de la medicina, eficiencia y rapidez en la atención. IX.- Comunicación médico paciente y derechos de las partes del acto médico. X.- Modelo de atención transdisciplinario. XI.- Resultados obtenidos por la CONAMED. XII.- Capacitación del personal. XIII.- Difusión de actividades de la CONAMED. XIV.- Sistema de gestión de calidad. XV.- Seguimiento de compromisos. XVI.- Conclusiones: el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico y la realidad chilena.

## I.- INTRODUCCIÓN

Tras la inauguración el 4 de marzo de 2005 del sistema de mediación por daños en salud, instaurado por la ley 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, Chile pasó a integrar la breve lista, junto a México, de los países que cuentan con un sistema prejudicial no confrontacional de resolución de quejas médicas.

México tiene un exitoso modelo de arbitraje médico<sup>3</sup>, iniciado en 1996, en el Distrito Federal, por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), el cual exhibe resultados de una efectividad impresionante en cuanto a porcentaje de quejas médicas resueltas con conciliación entre las partes, mejoría de la calidad de la medicina, prevención de riesgos clínicos y fortalecimiento de una sana relación médico-paciente. Por esa razón, resulta interesante conocer el modelo mexicano, que ya exhibe once años de experiencia, y comparar nuestra incipiente mediación por daños en salud con dicho modelo.

<sup>3</sup> El concepto de arbitraje de la CONAMED no coincide con la acepción jurídica del término. Como se verá más adelante, el concepto incluye dos fases normalmente ausentes del arbitraje como lo conocemos, que son la orientación y la conciliación.

En este artículo se analiza el origen de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en los Estados Unidos Mexicanos, las características principales del denominado modelo mexicano de arbitraje médico implementado por esa Comisión y los resultados obtenidos por ella. Finalmente, en el texto se resaltan las diferencias de dicho modelo con nuestro sistema de mediación por daños en salud, destacando los aspectos positivos del modelo mexicano que podrían en el futuro ser adoptados por nuestro sistema.

Este artículo ha sido motivado por la experiencia práctica de una visita técnica, en septiembre de 2006, a dicha Comisión por parte de una delegación chilena del Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud y Consejo de Defensa del Estado, integrada por los autores.

## II.- ORIGEN DE LA CONAMED

La CONAMED surgió en 1996, en el Distrito Federal, en un ambiente de creciente inconformidad de pacientes y médicos. Se vivía una realidad caracterizada por la atención de las inconformidades médicas<sup>4</sup> por instancias no especializadas, preeminencia de la solución de los conflictos a través de la justicia criminal, creciente desconfianza en los servicios médicos, ruptura de la relación médico-paciente, aguda crítica a los profesionales de la salud y falta de atención médica oportuna y de calidad a los pacientes.

En dicho contexto, se requería de una entidad pública que no sólo resolviera el aspecto procesal de los problemas, sino que atendiera también a la mejoría de la calidad de la atención médica y la prevención y procesamiento del conflicto médico. Se trataba de privilegiar tanto las vías alternativas para la resolución de controversias (amigable composición, mediación y arbitraje), como las posibilidades de evaluación externa e investigación de la calidad de los servicios de salud.

Por ello, la CONAMED en el Distrito Federal y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, que han surgido con posterioridad, no son puras instancias procesales, sino entidades especializadas en aten-

---

<sup>4</sup> En el léxico de la CONAMED se utiliza la expresión inconformidad, en vez de queja o reclamo, con el objeto de evitar en lo posible que el uso de un lenguaje más confrontacional perjudique aún más la relación médico-paciente.

ción médica, de naturaleza ejecutiva, que tienen por objeto formular pronunciamientos, opiniones técnicas y recomendaciones generales tendientes a mejorar la atención médica. No existe en Chile entidad alguna que realice todas esas tareas.

Las funciones de la CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico participan de una naturaleza jurídica *sui generis*, pues se trata de árbitros de acuerdo a la legislación civil vigente, pero que, además, pueden actuar como amigables componedores (en las fases de conciliación o decisoria) y como peritos institucionales. Ello requirió dotarlas de autonomía técnica, lo que permite el estudio de cualquier problema de atención médica para proponer soluciones.

La CONAMED se creó por decreto del Poder Ejecutivo, como un servicio público dependiente del Presidente de la República, quien nombra sus directivos máximos. Además, la CONAMED es asesorada por un Consejo Institucional, conformado por un equipo multidisciplinario de ciudadanos mexicanos, del más alto nivel profesional y ético, que apoyan a la Comisión en la definición de sus lineamientos estratégicos.

La Comisión comenzó a actuar en octubre de 1996. Sus objetivos básicos son ayudar a contener la medicina defensiva,<sup>5</sup> atender, ayudar a prevenir y resolver conflictos médicos y retroalimentar a las instituciones federales, públicas y privadas, y a los médicos, con la experiencia de los problemas médicos ocurridos.

No obstante las amplias garantías de imparcialidad y eficiencia técnica que contenía su estatuto constitutivo, en un comienzo muchos médicos temieron que la creación de la CONAMED aumentara las quejas y demandas sanitarias, fomentando la “medicina defensiva”, que perjudica a médicos, pacientes y al país por su mayor costo. La verdad es que, como lo demuestran las estadísticas que se insertan más adelante, aumentaron las quejas, pero no la medicina defensiva. Esto ocurre porque en el sistema de la CONAMED, solamente cuando hay mala práctica (negligencia o impericia), puede prosperar una queja, pero no cuando solo existe un mal resultado.

---

<sup>5</sup> Se denomina así la medicina que practican ciertos médicos y establecimientos sumamente pródigos en solicitar todo tipo de exámenes a los pacientes para salvar la responsabilidad en caso de algún evento adverso.

### III.- PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA REPÚBLICA MEXICANA

La protección de la salud en México abarca tres áreas:

- 1) Protección contra riesgos sanitarios;
- 2) Protección contra mala calidad de la atención; y
- 3) Protección contra gastos catastróficos.

La labor de la Comisión de Arbitraje Médico está vinculada con la segunda área, ya que actúa como monitor del sistema público y privado de atención en salud, retroalimentándolo con sus informes y con recomendaciones generales para prevenir nuevos errores médicos. Esta labor se realiza luego de analizar conflictos médicos y errores con participación de los médicos implicados y funcionarios de la Comisión.

La Comisión puede intervenir de oficio en cualquier gestión de interés general en materia sanitaria, brindar asesoría e información a pacientes, familiares y prestadores, y elaborar dictámenes y peritajes médicos a solicitud de determinadas autoridades. También formula recomendaciones basadas en su experiencia respecto a la disminución de los factores de riesgo en la atención de diversas patologías. Hasta ahora se han emitido 24 recomendaciones, las que han sido publicadas como folletos para su amplia difusión. Por ejemplo, algunas recomendaciones generales concretas se han dictado para la buena práctica de la medicina en anestesiología, para la realización de procedimientos anestésicos en niños, para la realización de procedimientos anestésicos en pacientes de la tercera edad, para mejorar la práctica de la Ortopedia y Traumatología, para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica y para mejorar la práctica médica en Pediatría.

La entidad actúa bajo los principios de imparcialidad, especialización, celeridad, gratuidad y equidad. Ella realiza conciliaciones inmediatas (dentro de 48 horas) o de otro tipo (28 días) y procedimientos arbitrales de una duración máxima de tres meses. Estas tareas integran lo que se ha denominado como “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”.

#### IV.- ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA CONAMED

La Comisión cuenta con 150 funcionarios que se desempeñan en un moderno edificio de 10 pisos en México D.F. Durante la visita técnica se pudo comprobar la compenetración, experiencia, dedicación, entusiasmo y mística de sus funcionarios.

Su trabajo se organiza en torno a las siguientes Direcciones y Sistemas:

- 1) Dirección General de Orientación y Gestión;
- 2) Dirección General de Conciliación;
- 3) Dirección General de Arbitraje;
- 4) Dirección General de Calidad e Informática;
- 5) Dirección General de Difusión e Investigación;
- 6) Sistema Único de Atención Telefónica (SUATEL); y
- 7) Sistema de Atención de Quejas Médicas.

#### V.- COMPETENCIA TERRITORIAL DE LA CONAMED

La CONAMED actúa solamente dentro del territorio de México D.F, de aproximadamente 18 millones de habitantes.

La CONAMED promueve la descentralización y la creación de comisiones estatales similares e independientes en los 31 estados mexicanos. Actualmente existen comisiones estatales de arbitraje médico en 24 estados, a las cuales la CONAMED brinda capacitación y asesoría.

Si bien es cierto que las comisiones estatales son autónomas, existe un modelo de arbitraje médico similar para todo el país. El arbitraje médico, en la forma integral que se concibe en México, es considerado como una política pública en el área de la salud. En efecto, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 estableció como uno de sus objetivos reforzar el arbitraje médico, para cuya consecución la CONAMED elaboró un programa de acción titulado “Consolidación del Arbitraje Médico”, con el objeto de fortalecer un modelo único de atención de inconformidades para constituir a la entidad en el Centro Nacional de Referencia.

La creación de las comisiones estatales ha significado extender el tratamiento especializado de la queja médica prácticamente a

todo el territorio mexicano, descentralización que implica colocar el servicio al alcance de las personas y comunidades más modestas y aisladas.

## VI.- MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO

El concepto de arbitraje de la CONAMED es más amplio pues incluye dos fases normalmente ausentes del arbitraje como lo conocemos, que son la orientación y la conciliación.

(Con el objeto de precisar sus alcances, hemos construido un concepto amplio del modelo mexicano de arbitraje médico.) Este consiste en un sistema integral, voluntario, gratuito, rápido, continuo e interdisciplinario de atención de las quejas médicas a través de un procedimiento gradual de fases sucesivas, que contempla la orientación permanente a las partes, el intento de producir una conciliación entre ellas y, si ella no se produce y las partes lo aceptan, la decisión arbitral de su disputa.

Estas fases sucesivas son tres: orientación, conciliación y arbitraje. La actuación de la Comisión puede terminar en cualquiera de las tres fases. Por ejemplo, diversos asuntos que no son estrictamente de la competencia de la Comisión terminan con el consejo debido al usuario en la fase de orientación.

Conviene destacar que se encuentran fuera de la competencia de la Comisión las siguientes materias:

- 1) Reclamos contra aseguradores;
- 2) Reclamos por el costo de la atención médica; y
- 3) Reclamos por declaraciones de incapacidad o resoluciones sobre pensiones.

La competencia de la Comisión está centrada **en actos médicos causantes de daño**. La mayoría de los reclamos son por atención odontológica, traumatología y ginecología. Estas dos últimas especialidades se reproducen en Chile, como áreas de alto reclamo.

Debe precisarse que el concepto de acto médico que utilizan los mexicanos está restringido a la **práctica profesional**. Esto lo diferencia del sistema chileno, en que se habla de prestación asistencial, englobando en este amplio concepto las acciones de auxiliares o incluso administrativos de apoyo a la prestación. Por ejemplo, un

conocido caso como el cambio de guaguas ocurrido en el Hospital de Talca durante 2005, en México no habría sido de competencia de la CONAMED porque el resultado dañoso no provino de un acto médico propiamente dicho.

La segunda fase es la conciliación. Si no se logra un acuerdo conciliado en esta fase, y las partes lo aceptan, se pasa a la última fase, la decisoria, que persigue la emisión de un laudo arbitral, no obstante que también puede lograrse conciliación en esta fase antes del laudo.

A diferencia de nuestro sistema de mediación, en México el afectado por un daño médico puede demandar directamente la reparación a los tribunales, sin que sea obligatorio el paso previo por la CONAMED.

Sin embargo, la concurrencia a la CONAMED es altísima debido en primer lugar al amplio conocimiento de la Comisión entre los mexicanos<sup>6</sup>, a su carácter especializado, rapidez, gratuidad e integralidad del procedimiento. El carácter integral de la atención de la queja médica implica que dentro del mismo organismo las partes encuentran la decisión de su asunto en vía arbitral (fase decisoria), si es que no se ha logrado conciliación antes.

Esta es una diferencia notable frente a nuestro sistema, ya que ante la falta de acuerdo, el reclamante no tiene más alternativa que recurrir a un larguísimo juicio ordinario, cuyo costo puede ser asumido por muy pocas personas. El conocimiento de esta realidad podría ser la causa psicológica que motiva a algunos servicios de salud a no explorar el camino del acuerdo, ya que, en caso de indemnización monetaria, se requiere un desembolso inmediato con cargo a los recursos presupuestarios del respectivo servicio de salud, en vez del pago diferido en largos años que podría plantear una sentencia adversa (con cargo al presupuesto del Tesoro Público).

La enorme mayoría de las quejas presentadas a la CONAMED se resuelve vía conciliación. El año 2005, por ejemplo, de 1.600 quejas médicas presentadas, 782 se resolvieron por conciliación. Ese mismo año fueron atendidos 17.894 asuntos, se realizaron 4.126 asesorías especializadas y 594 gestiones inmediatas.

---

<sup>6</sup> Encuestas han demostrado que 50% de los habitantes del Distrito Federal tienen conocimiento de la CONAMED

La Comisión aporta al Estado su experiencia técnica. Hasta el año 2005 había emitido 423 dictámenes médico-periciales. El Ministerio Público, por ejemplo, ha podido contar con los peritajes de la CONAMED, de alta calificación técnica.

CUADRO N° 1  
Asuntos atendidos por la CONAMED \*

Tipo de solicitud	Vía de resolución	En proceso 2004	Asuntos recibidos 2005					Total por atender	%
			Ene.-Mar.	Abr.-Jun.	Jul.-Sept.	Oct.-Dic.			
Orientación	Orientación	—	3 348	3 465	2 104	2 224	11 141	59.6	
Atención de inconformidades	Asesoría especializada	—	821	1 207	1 115	983	4 126	22.1	
	Gestión inmediata	—	177	148	155	114	594	3.2	
	Quejas	677	404	450	414	393	2,338	12.5	
Dictamen médico	Dictámenes médicos	97	98	101	105	82	483	2.6	
<b>Total</b>		<b>774</b>	<b>4 848</b>	<b>5 371</b>	<b>3 893</b>	<b>3 796</b>	<b>18 682</b>	<b>100.0</b>	

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional

\* Fuente “Informe Anual de Labores 2005”, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 38

Considerando las orientaciones (11.141), asesorías especializadas (4.126) e inconformidades resueltas mediante gestión inmediata (594), puede concluirse que 88,6% de los asuntos concluidos en el año 2005, se atendió en un plazo no mayor de 48 horas. Se trata de un resultado logrado merced a la gran cantidad y calidad de los recursos humanos y materiales de la CONAMED, y a los convenios de colaboración con las Secretarías de Salud, materia que más adelante se analiza con mayor amplitud.

## VII.- ACCESO A LA CONAMED

El sistema de acceso a la Comisión es similar al que, antes de conocer su experiencia, fuera diseñado en su oportunidad para la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado. En la Comisión, el ingreso del reclamo puede ser:

- 1) Telefónico. Una línea 800 gratuita, que integra el Sistema Único de Atención Telefónica, SUATEL);
- 2) Personalmente; y
- 3) Por correo.

La CONAMED recomienda en sus folletos y afiches que el primer paso que debe dar un paciente disconforme es hablar con su médico para tratar de solucionar el asunto con él y solo recurrir a la Comisión ante una gestión infructuosa. Entre los médicos, estas derivaciones son acogidas generalmente, gracias al prestigio de que goza la Comisión. Esta receptividad entre los médicos ha sido facilitada por la circunstancia que la mitad de los profesionales de la CONAMED son médicos. Una demostración de confianza en la Comisión de parte de los médicos, es el hecho que el 30% de los requirentes han concurrido a la Comisión aconsejados por un médico.

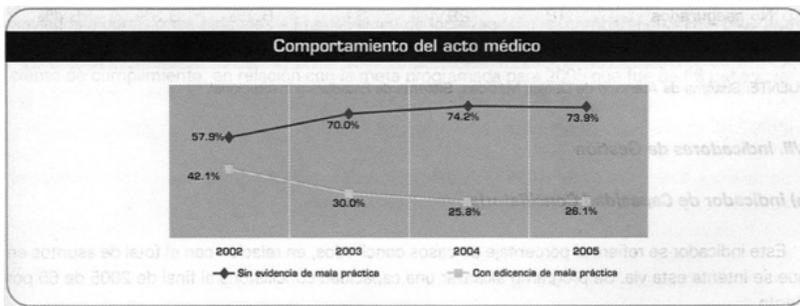
## VIII.- SATISFACCIÓN DE REQUIRENTES, CALIDAD DE LA MEDICINA, EFICIENCIA Y RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN

A través de encuestas a los usuarios, la Comisión ha detectado que son tres las preocupaciones básicas de las personas que la requieren: buen trato, imparcialidad y rapidez en la atención. Con esos antecedentes se diseñó una encuesta de atención a usuarios, cuya aplicación ha demostrado 98,7% de evaluación positiva.

Por otra parte, a los cuatro años de su inicio, el año 2000 la Comisión constató que en alrededor del 60% de los casos sometidos a conciliación o arbitraje, había elementos de mala práctica médica. En 2004, el porcentaje se había reducido a 42,1%, mientras en 2005 esa evidencia se había reducido a 26,1% (ver Gráfico N° 1 y Cuadro N° 2), lo cual puede atribuirse al efecto de las recomendaciones para distintas patologías emitidas por la CONAMED (24 hasta ahora), adopción de medidas de prevención de riesgos clínicos de parte de

los prestadores que fueron reclamados en quejas médicas y emisión por la Comisión de “oficios de calidad”, dirigidos al prestador cuando se verifican fallas de atención.

**GRÁFICO N° 1**  
**Comportamiento del acto médico \***



\* Fuente “Informe Anual de Labores 2005”, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 69.

**CUADRO N° 2**  
**Comportamiento del acto médico \***

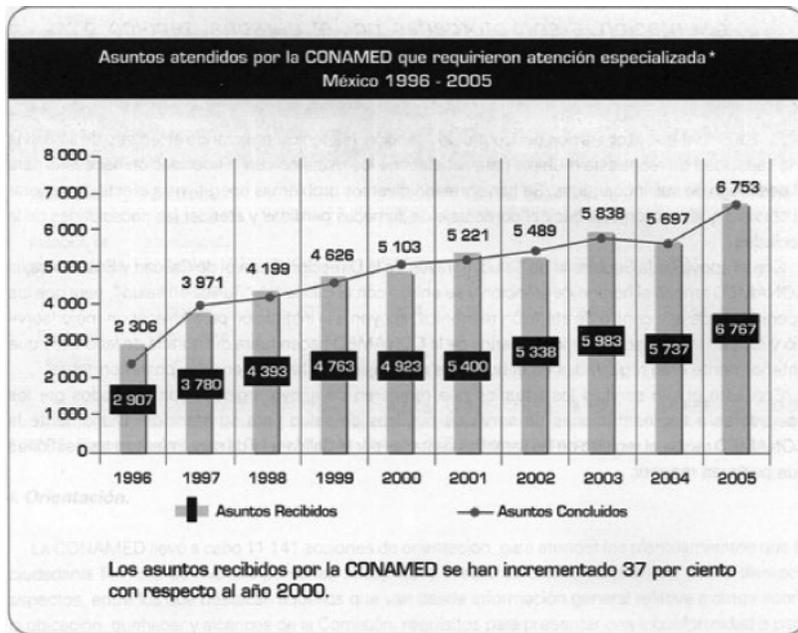
Proceso	2003		2004		2005		Total	
	Sin evidencia de mala práctica	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	Con evidencia de mala práctica
<b>Arbitral</b> (Etapas conciliatoria y decisoria)	731	289	1015	323	1 025	296	2 771	908
<b>Pericial</b> (Dictaminación pericial)	278	143	291	132	264	159	833	434
<b>Total</b>	<b>1 009</b>	<b>432</b>	<b>1 306</b>	<b>455</b>	<b>1 289</b>	<b>455</b>	<b>3 604</b>	<b>1 342</b>

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional.

\* Fuente “Informe Anual de Labores 2005”, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 69

La eficiencia y rapidez en la atención son características de la CONAMED que no se han visto perjudicadas por el notable aumento de asuntos que requirieron atención especializada. En el gráfico N° 2 (cuadro N° 3) puede apreciarse cómo en 1996 los asuntos concluidos fueron 2.306 sobre 2.907 recibidos, para triplicarse en 2005, pasando a concluirse 6.753 asuntos (prácticamente todos) de un total de 6.767 recibidos.

GRÁFICO N° 2  
Asuntos concluidos versus asuntos recibidos \*



FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 40

## IX.- COMUNICACIÓN MÉDICO/PACIENTE Y DERECHOS DE LAS PARTES DEL ACTO MÉDICO

Tras varios años de labor, la Comisión concluyó que se evidenciaban serias deficiencias en la relación entre médicos y pacientes, sobre todo en el área de la comunicación, por lo cual comenzó a instar por la introducción de cátedras de comunicación en las Facultades de Medicina, publicando incluso un libro sobre el tema en 2005, titulado **La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente**. Este libro, editado por el Dr. Carlos Tena Tamayo, Comisionado Nacional hasta diciembre de 2006, y el Dr. Francisco Hernández Orozco, Director del Instituto de la Comunicación Humana, compendia 18 artículos de destacados especialistas de las más diversas disciplinas.

La Comisión desarrolló una gran labor para elaborar un decálogo de los pacientes, con participación de los médicos, lo que dio origen a la Carta General de los Derechos de los Pacientes, la cual debe estar a la vista en todos los establecimientos de salud, públicos y privados. Paralelamente se elaboró la Carta de los Derechos de los Médicos y luego de las enfermeras y de los dentistas.

Como se aprecia, no solamente se subrayan los derechos de los pacientes, sino los derechos de los profesionales sanitarios, muchos de los cuales constituyen obligaciones de los pacientes. Se aprecia aquí el intento de la Comisión por mantenerse fiel a una política de equilibrio e imparcialidad que la prestigia ampliamente entre médicos y pacientes.

En nuestro país no existe precedente de la realización de tareas tan acuciosas en beneficio del mejoramiento de la relación médico-paciente.

## X.- MODELO DE ATENCIÓN TRANSDISCIPLINARIO

Toda la actividad de la Comisión está imbuida de un pensar y hacer transdisciplinario, que aporta diversos ángulos de apreciación de los problemas recibidos.

La atención inicial en la Comisión la realiza una psicóloga o un abogado, quienes actúan como filtros de los requerimientos para descartar aquellos que no forman parte de su competencia.

Existe, además, un Sistema Único de Atención Telefónica (SUATEL), en el cual tres telefonistas operan una línea 800 gratuita que recibe 300 llamadas diarias aproximadamente. Las llamadas son remitidas a un médico que entrega una orientación general al requirente, deriva al centro de salud –hay un convenio de colaboración con la Secretaría de Salud para resolver situaciones urgentes– o a uno de los módulos de atención interdisciplinaria de la Dirección General de Orientación y Gestión, comenzando, entonces, la orientación, primera fase de atención de la queja médica.

En el caso que el objeto del requerimiento formulado por teléfono o personalmente sea un acto médico, el médico que atendió el llamado o el abogado o la psicóloga que brindan la primera atención personal, asignan la persona a uno de los cuatro módulos interdisciplinarios (médico, abogado, digitadora), que operan dentro de la Dirección General de Orientación y Gestión. El módulo correspondiente explica al usuario qué es la CONAMED, qué es lo que hace y se le entrega un folleto detallado sobre el tema para su lectura posterior con calma. Esta iniciativa es trascendental para que el usuario conozca los límites con los que se va a actuar, principalmente voluntad de concurrencia y de conciliación de la otra parte, de modo de no alentar falsas expectativas.

La Unidad de Mediación del Consejo de Defensa próximamente implementará una medida de orientación similar para los reclamantes, a través de un folleto destinado a explicar claramente las posibilidades y dificultades de la mediación, subrayando la contribución de las partes (“el acuerdo depende de la disposición de ambas partes”). Aparte de informar sobre el fundamento de nuestra mediación, se busca evitar el surgimiento de expectativas desmedidas y añadir frustraciones innecesarias a personas severamente dañadas emocionalmente.

Conviene destacar que en algunos módulos de orientación de la CONAMED, el médico y el abogado que los integran llevan hasta 10 años trabajando juntos. Es tal su grado de compenetración que, en forma figurada, se autodenominan como “abogalenos”.

El médico y el abogado deben actuar en forma complementaria, sin que ninguno pueda invadir el campo profesional del otro. Vale decir, jamás el médico debe interpretar la ley, ni el abogado incursionar en la *lex artis*<sup>7</sup>. En este modelo, siempre el médico actúa como titular del módulo arbitral y el abogado como personal jurídico de apoyo.

El módulo que atiende determina si la materia requiere una gestión inmediata de 48 horas (por ejemplo, paciente sin atención médica en un hospital); si la persona no tiene claras sus pretensiones o si le faltan documentos, casos en los cuales la asesoran debidamente. Cabe resaltar que el 85% de las acciones de la CONAMED se realizan en la Dirección General de Orientación y Gestión.

Si el asunto pasa a conciliación, entra a actuar la Dirección General de Conciliación. Primero, estudia los antecedentes un médico para enviar el asunto con un informe a uno de los seis módulos existentes, integrados por un médico (u odontólogo, si fuere el caso) y un abogado, módulo que conducirá las audiencias de conciliación. De ser necesario, por tratarse de materias especialmente complejas, se contratará la asesoría de médicos especialistas debidamente certificados.

Se traslada la queja al profesional de la salud y al establecimiento y en una audiencia preliminar se les informa la naturaleza y alcances del proceso arbitral (orientación, conciliación y arbitraje), se solicita aceptación del trámite arbitral y suscripción de la cláusula compromisoria, la que ya ha sido firmada por el requirente.

Los médicos tienen la obligación de entregar a la CONAMED la documentación que les sea requerida. Se ha comprobado que constituye un fuerte aliciente para su participación en el proceso el conocimiento de su parte de la participación de pares que entienden el acto médico, con amplia trayectoria en el campo clínico y unánime reconocimiento por sus colegas.

Nuestro sistema de mediación por daños en salud no fue diseñado con esa característica de paridad médico-abogado. Es muy probable que si en el futuro se avanzara a una fórmula parecida, au-

---

<sup>7</sup> Se entiende como *lex artis* el conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos. El concepto es cambiante y debe adecuarse a realidades contextuales como el grado de avance de la medicina y las características personales de cada paciente.

mentaría el porcentaje de profesionales sanitarios que participarían de la mediación y probablemente el porcentaje de acuerdos, que actualmente bordea el 25%.

En la CONAMED, la mayor parte de los asuntos con evidencia de mala práctica se resuelven en la fase conciliatoria. Como política, la CONAMED no acepta la conciliación si el prestador demuestra que actuó según la *lex artis*.

Cuando los asuntos terminan en la fase conciliatoria por falta de interés procesal del prestador de servicio, se le pide que entregue la documentación sobre el acto médico reclamado y la que demuestre que es profesional de la medicina, advirtiéndosele que se asesorará al quejoso para que acuda a otra instancia a continuar su queja y, si se desprende alguna desviación del análisis de la documentación entregada, se dará noticia a la autoridad competente, en virtud de la normativa de la Comisión.

En nuestro sistema, el Consejo de Defensa del Estado claramente no tiene este papel asesor y orientador del reclamante, ni fiscalizador de la actuación de los prestadores sanitarios. La CONAMED, en cambio, está integrada a la estructura pública sanitaria como órgano fiscalizador y promotor de una mejora permanente de la calidad de la medicina y las relaciones entre los actores involucrados, lo cual viene a explicar su activo papel en la materia.

La eficacia conciliatoria de la CONAMED, en importante medida se debe a que se admiten acuerdos parciales que no resuelven todos los aspectos de la controversia ni exigen la renuncia a las acciones judiciales, como en nuestro sistema de mediación. Ello permite que una controversia pueda terminar con un acuerdo en el cual se otorgue una prestación médica (intervención, tratamiento, medicamentos) a un reclamante, quedando pospuesto el tema de una eventual indemnización económica, porque para suscribir el acuerdo no se exige al reclamante la renuncia de todas las acciones judiciales.

Si esta mayor flexibilidad existiera en nuestro sistema, aumentaría el número de soluciones sanitarias y de acuerdos en beneficio de los pacientes. Probablemente la ausencia de renuncia de todas las

acciones judiciales no implicaría su ejercicio posterior porque es muy probable que el reclamante que encuentra solución eficiente a su problema mediante una prestación asistencial, no demandará por el daño por el cual originalmente concurrió.<sup>8</sup>

Los resultados alcanzados en la etapa conciliatoria por la CONAMED pueden apreciarse en el cuadro siguiente:

**CUADRO N° 3**  
**Modalidades de conclusión en etapa conciliatoria \***

Modalidades de conclusión en la Etapa Conciliatoria 2005					
Modalidad	Ene.-Mar.	Abr.-Jun.	Jul.-Sept.	Oct.-Dic.	Total
Convenio de conciliación	196	240	151	175	762
No conciliaron	87	90	119	101	397*
Falta de interés procesal	49	44	50	58	201
Irresolubles	7	8	15	13	43
<b>TOTAL</b>	<b>339</b>	<b>382</b>	<b>335</b>	<b>347</b>	<b>1,403</b>

\* En 88 casos (22.2%) se emitió propuesta de arreglo.

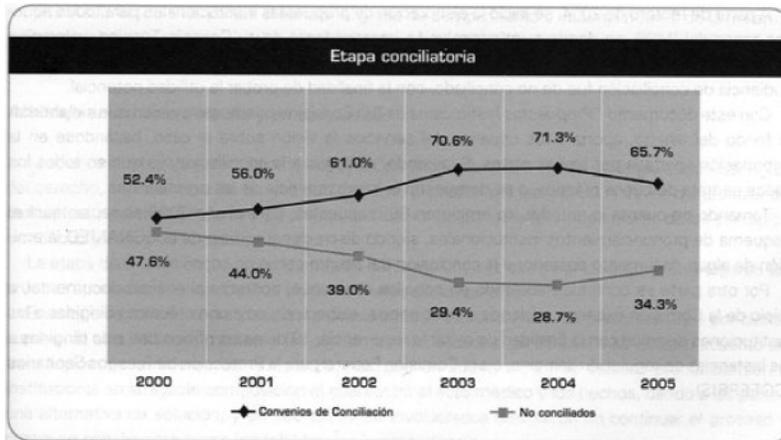
FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 53

Resulta digno de destacar el constante incremento de la eficiencia conciliatoria de la CONAMED, pasando de un porcentaje de 52,4% de convenios de conciliación en 2000 hasta 65,7% en 2005, como se aprecia en el gráfico siguiente:

<sup>8</sup> No existen cifras disponibles seguras, pero hay una base para afirmar que un alto porcentaje de reclamantes que no llegan a acuerdo en mediación, no accionan judicialmente posteriormente probablemente por la carencia de acceso económico a asesoría jurídica para hacerlo, falta de confianza en obtener un resultado favorable y/o el efecto disuasivo que debe generar la larga extensión de los litigios en nuestro país.

GRÁFICO N° 3  
**Porcentaje de conciliaciones 2000-2005 \***



FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 53

Los acuerdos transaccionales logrados tienen efectos jurídicos de cosa juzgada en términos de los artículos 2953 del Código Civil Federal y 533 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y sus correlativos de las entidades federativas, por lo cual implican la solución civil del litigio.

Volviendo a la etapa de conciliación, si la materia no ha podido ser conciliada el reclamo termina en esa etapa. El reclamo podría continuar ante la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, en caso de que ambas partes hayan suscrito la cláusula compromisoria, para resolver el asunto en forma arbitral en estricto derecho o en conciencia. Mediante el primer sistema, se resuelve el fondo del litigio según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes. En el arbitraje en conciencia, se resuelve el contencioso en equidad, siendo suficiente la evaluación de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

Una vez fijadas las reglas, la CONAMED resolverá conforme a derecho, salvo que el compromiso arbitral o cláusula compromisoria establezca la amigable composición o fallo en conciencia.

La etapa decisoria termina con la dictación del laudo. La Comisión puede intentar la conciliación también dentro de la etapa de-

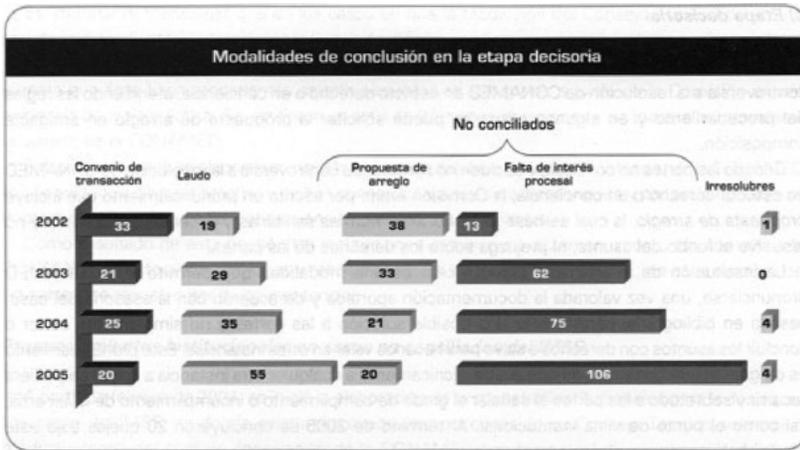
cisoria, entendiéndose que siempre que busca la conciliación en fase conciliatoria o en fase decisoria, actúa como amigable componedor.

Como se aprecia en el cuadro siguiente, incluso en la etapa decisoria, las salidas de un asunto pueden ser múltiples: convenio de transacción que implica conciliación antes de la emisión del laudo, laudo, asunto irresoluble y materia no conciliada. Conviene subrayar que de 106 asuntos no conciliados por falta de interés procesal en la etapa decisoria en 2005, 14% correspondió al quejoso. Aquí el procedimiento tiene una virtud informativa que también tiene el nuestro. El reclamante recibe mayor información sobre la atención médica en cuestión, lo que puede permitirle apreciar de otra forma las posibilidades y dificultades para probar sus pretensiones y considerar con otra perspectiva el eventual fundamento de las mismas. En 57% de los casos ambas partes coincidieron en no continuar el procedimiento arbitral y en 29% de los contenciosos, los prestadores decidieron no esperar el laudo. Aun en los casos en que la conciliación no se logra o el laudo no llega a emitirse, las partes reciben una propuesta de arreglo que les otorga elementos de interpretación del acto médico, fomentando su reflexión sobre la materia. Esta propuesta de arreglo se realiza de manera documentada y con estricto apego a la *lex artis* médica, la ética y la deontología.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Generalmente se concibe la deontología médica como el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

CUADRO N° 4  
**Modalidades de conclusión en etapa decisoria \***



FUENTE: Sistema de Atención de Guejas Médicas. Sistema de Estadística Institucional.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 56

## XI.- RESULTADOS OBTENIDOS POR LA CONAMED

A través de las gestiones inmediatas, convenios de conciliación y laudos se han resuelto materias en diversas formas. Al igual que en nuestro sistema, la solución indemnizatoria es una sola de las salidas. En México alcanza al 5,8% de los casos. Interesante resulta que en 11,4% de los asuntos se ha decidido una evaluación (valoración dicen en México) médica, 20,3% de los casos incluyen una atención médica, con lo cual cerca de un tercio de las salidas (31,7% de los casos) consiste en una prestación asistencial. La situación completa puede apreciarse en el cuadro que sigue.

CUADRO N° 5  
**Tipo de Compromisos Obtenidos \***

COMPROMISOS CUMPLIDOS (Gestiones inmediatas, convenios de conciliación y laudos)		
Compromisos	Total	%
Atención médica	233	20.3
Trámite administrativo	151	13.2
Reembolso	198	17.2
Explicación médica	305	26.6
Valoración médica	131	11.4
Indemnización	67	5.8
Cambio de médico y/o unidad hospitalaria	33	2.9
Gestionar estudios de laboratorio	18	1.6
Proporcionar material médico o medicamentos	5	0.4
Condonación de adeudo	2	0.2
Entrega de resumen médico	1	0.1
Entrega de resultados de estudio	4	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>1 148</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 58

## XII.- CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Esta es una de las fortalezas principales de la CONAMED. Se transcribe textualmente el pensamiento de la entidad al respecto:

“La capacitación permanente y el perfeccionamiento de las habilidades y destrezas del personal médico y jurídico son necesarios para el buen desempeño de las tareas, constituyen la base fundamental del modelo, ya que depende de las personas y su desarrollo integral, el buen desempeño para la resolución de conflictos. Se debe generar un entorno de confianza y credibilidad, además de otorgar las facilidades a las partes para que de una manera amigable diriman sus diferencias y reinicien un proceso efectivo de comunicación hasta lograr el entendimiento mutuo. Este tipo de atención requiere necesariamente, contar con personal especializado, adecuadamente seleccionado y

formado para tal fin. El mejor médico especialista o el abogado más experto en la legislación sanitaria, tendrían problemas de inicio para atender con efectividad los conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, ya que en la resolución de los mismos no basta el conocimiento puro, sino la capacidad de obtener ambientes que promuevan la asertividad de las partes, así como la reflexión auto-crítica y objetiva para de esta manera lograr, en forma voluntaria, la conciliación de la controversia o bien permitir a la Comisión emitir el pronunciamiento correspondiente en forma de laudo, o, si las partes así lo convienen, una propuesta de arreglo, para que les ilustre el estado de la situación, con elementos que les permitan interpretar adecuadamente el acto médico y deslinde de posibles responsabilidades delictivas a los profesionales, ya que en el caso de existir las, la propia institución deberá dar parte a las autoridades jurisdiccionales correspondientes. Esta forma de resolución alternativa de conflictos se legitima con el cumplimiento de lo pactado o la aceptación silenciosa de ambas partes, al no continuar el pleito. Caso contrario se observa cuando a pesar de la resolución en la vía judicial, la relación entre ambos jamás se vuelve a reanudar, por el contrario se torna coactiva” (CONAMED, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, México D.F., 1ª edición, 2003, p.36).

Antes de conocer la experiencia de la CONAMED, el Consejo resolvió implementar una política de capacitación permanente, transdisciplinaria y teórico-práctica, dirigida a sus funcionarios que trabajan como mediadores o en la atención de público, política que ha redundado en mejorar el desempeño de las personas capacitadas.

**CUADRO N° 6**  
**Asuntos recibidos por las comisiones de arbitraje médico**  
**2001-2005 \***

Asuntos Recibidos por las Comisiones de Arbitraje Médico 2001-2005													
AÑO (No. de Comisiones Estatales)	TIPO DE ASUNTO										Total de Asuntos Recibidos		
	Orientación		Asesoría		Gestión Inmediata		Queja		Dictámen Médico		CONAMED	COESAMED's	
	CONAMED	COESAMED's	CONAMED	COESAMED's	CONAMED	COESAMED's	CONAMED	COESAMED's	CONAMED	COESAMED's			
2001 (14)	7 537	nd	2 464	nd	738	nd	1 478	nd	720	nd	12 937	nd	12 937
2002 (17)	9 071	nd	2 849	nd	862	997	1 172	742	455	158	14 409	1 897	16 306
2003 (21)	17 864	nd	3 145	nd	941	1 234	1 514	785	383	180	23 847	2 199	26 046
2004 (22)	14 696	4 862	3 060	2 664	698	1 500	1 545	1 341	434	277	20 433	10 644	31 077
2005 (24)	11 141	4 459	4 126	2 497	594	1 435	1 661	1 318	386	178	17 908	9 887	27 795
<b>TOTAL</b>	<b>60 309</b>	<b>9 321</b>	<b>15 644</b>	<b>5 161</b>	<b>3 833</b>	<b>5 166</b>	<b>7 370</b>	<b>4 186</b>	<b>2 378</b>	<b>793</b>	<b>89 534</b>	<b>24 627</b>	<b>114 161</b>

nd = no disponible

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 31

### XIII.- DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES DE LA CONAMED

Ciertamente una diferencia notable con la gestión de nuestro sistema la constituyen las acciones comunicacionales de la CONAMED. Sólo para mencionar un año, el 2005 se inició la campaña "Teléfono CONAMED" a través de 83 radiodifusoras del D.F. y 800 del interior del país con la difusión de seis spots diarios, transmitiéndose 185.430 impactos. La campaña se retransmitió en una segunda fase con 180.132 impactos, lo que incrementó el total de la campaña a 365.562 impactos.

Se produjo la cápsula televisiva "X Aniversario CONAMED", de 5 minutos de duración, transmitida durante enero de 2006.

La aparición de funcionarios en medios de comunicación contribuyó al posicionamiento institucional. Durante 2005, se realizaron

66 en prensa, 18 en radio, 13 en televisión, 6 en revistas y dos en Internet, con un total de 105 intervenciones, 39 más que el año 2004.

La CONAMED edita una Revista bimensual del mismo nombre, que analiza el acto médico desde las más variadas perspectivas: médica, jurídica, psicológica, sociológica, antropológica.

Permanentemente se publican documentos y un Informe Anual de Labores, en cumplimiento del decreto de creación que establece la obligación del Comisionado Nacional de informar anualmente al Titular del Ejecutivo Federal sobre las actividades de la entidad, procurando que el Informe sea difundido ampliamente entre la sociedad mexicana.

La CONAMED también difunde sus actividades en Internet a través del sitio [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)

Aparte de lo anterior, la CONAMED cuenta con una poderosa actividad gráfica, consistente en folletos y sobre todo afiches que tapizan las paredes de su sede y que están ubicados en todos los centros asistenciales del D.F.

La CONAMED ha constatado que el 50% de los mexicanos conoce los métodos alternativos de solución de conflictos médicos que ofrece.

#### XIV.- SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La institución logró la Certificación de la Norma ISO 9001:2000 en diciembre de 2001, manteniendo ese atributo hasta la fecha, obteniendo el premio al Modelo de Calidad del Gobierno Federal "INTRAGOB", en 2002. Este modelo persigue la transformación de la Administración Federal en cuanto a la calidad de los procesos, productos y servicios y en pos de la dignificación de la imagen de los servidores y dependencias y entidades públicas.

#### XV.- SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS

A diferencia de nuestro sistema que contempla la actuación del Consejo hasta el logro del acuerdo o su no consecución, la CONAMED debe realizar seguimiento de los compromisos logrados, con el

objeto de satisfacer a los quejosos, mejorar la medicina y cumplir las normas de calidad por las cuales ha sido certificada.

Nuestra Unidad de Mediación únicamente realiza un seguimiento reactivo e informal. Reactivo porque solo se realiza si un reclamante denuncia incumplimiento. Informal porque ni la ley ni el reglamento nos otorga la facultad de hacerlo. Entonces, siempre tendremos la duda si en el caso de quienes no reclaman incumplimiento (inmensa mayoría), el acuerdo fue cumplido o no se reclama por otras causas (frustración, desconfianza, enfermedad, depresión o incluso muerte). Cabe destacar que las solicitudes de los afectados por un eventual incumplimiento de acuerdos, se ponen en conocimiento del Ministerio de Salud, el cual ha manifestado su interés de velar para que los acuerdos se cumplan íntegra y satisfactoriamente.

En el caso de la CONAMED, se puede observar un alto porcentaje de cumplimiento de los acuerdos, como se aprecia en el cuadro siguiente.

CUADRO N° 7  
Seguimiento de compromisos 2005 \*

Modalidad	Instrumentos en seguimiento (*)	2005			
		Asumidos	Cumplidos en tiempo	Cumplidos fuera de tiempo	En proceso
Gestión inmediata	581	583	560	17	6
Convenio de conciliación	682	703	579	36	88
Laudo	53	54	9	3	42
<b>Total</b>	<b>1 316</b>	<b>1 340</b>	<b>1 148</b>	<b>56</b>	<b>136</b>

(\*) De algunos instrumentos se derivan más de un compromiso.

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas.

\* Fuente "Informe Anual de Labores 2005", Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 57

## XVI.- CONCLUSIONES: EL MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO Y LA REALIDAD CHILENA

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México, con razón puede hablar de “modelo”. La expresión modelo indica “cosa que se imita”, o mejor dicho cosa digna de ser imitada.

México puede justificadamente hablar de “modelo” por los resultados de 10 años. De partida, en México se definió el arbitraje médico en una forma integral, como parte de una política pública del área de salud, tendiente a mejorar la calidad de la medicina y la relación médico-paciente, conteniendo la medicina defensiva. Ello explica que la CONAMED y las Comisiones estatales homónimas se vinculen directamente con las secretarías de salud federal o estatales respectivamente y que la CONAMED dependa directamente del Presidente de la República.

No obstante que la realidad sanitaria mexicana se aparta de la chilena en algunos aspectos<sup>10</sup>, la incorporación de algunas facultades o fases (algunos aspectos) del modelo mexicano de arbitraje médico podrían mejorar un sistema de transformación positiva de conflictos en el área sanitaria para nuestro país.

En Chile, la reforma sanitaria, especialmente la Ley 19.966 sobre Garantías en Salud, estableció la garantía de calidad (junto con acceso, oportunidad y protección financiera), como un derecho de los pacientes respecto de ciertas patologías, las que integran el plan AUGE, actualmente 56. Junto con ello se estableció un sistema de solución de la queja médica que presenta algunos inconvenientes. A diferencia de México, se distinguió entre prestadores privados (mediación pagada) y prestadores públicos (mediación gratuita), pero desgraciadamente quedaron fuera de mediación gratuita los consultorios primarios de las Corporaciones Municipales de Derecho Privado, donde se atienden las personas más modestas. Además, a diferencia

---

<sup>10</sup> En primer lugar, el nivel de organización de los médicos en México es sensiblemente inferior al chileno, ya que no existe un Colegio que agrupe a los facultativos, sino que múltiples sociedades científicas o asociaciones. En segundo término, una fortaleza del sistema sanitario mexicano se da en el área de seguros de responsabilidad de los médicos por la obligación legal de aseguramiento de los médicos, cubriendo el profesional la mitad y la otra mitad el Estado, en un seguro que debe contemplar la obligación de concurrir a los procedimientos de la CONAMED. Finalmente, la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado prescribe que deben disponerse los fondos cuando no haya una partida específica para cubrir un pago, lo que incluye las indemnizaciones que se acuerden.

de México, no se admiten acuerdos parciales, con lo cual se frustran acuerdos que contemplan exclusivamente prestaciones asistenciales. Finalmente, si no se produce acuerdo al afectado no le queda más que asumir los gastos de un juicio ordinario de varios años, por lo cual evidentemente la vía preferida será la penal, por su rapidez, con serias consecuencias de mayor deterioro de la relación médico-paciente.

Uno de los aspectos destacables de la realidad sanitaria mexicana es el aseguramiento bipartito (Estado, médico) de la responsabilidad médica como parte de una política pública integral. Como contrapartida del aporte estatal, el contrato de seguro establece la obligación de los médicos de participar del procedimiento alternativo de resolución de disputas, so pena de resolución del contrato de seguro por incumplimiento con indemnización de perjuicios y subsecuente imposibilidad de ejercicio por falta de seguro.

Esta materia no ha sido analizada para la realidad chilena, análisis que podría comenzar a realizarse debido a los eventuales beneficios que podría traer para la comunidad.

Por otro lado, a diferencia del mexicano, nuestro sistema no resulta tan atractivo para médicos, quienes no encuentran ni en el Consejo de Defensa del Estado ni en la Superintendencia de Salud, la parte médica experta, que les brinde la seguridad de ser oídos por pares.

Con todo, el atractivo principal de la experiencia de la CONAMED es el alto compromiso de servicio de todos sus directivos y funcionarios y su actitud proactiva permanente, cualidades sin las cuales los logros de la Comisión no habrían sido posibles.

Funcionarios públicos comprometidos son el principal soporte del cambio de un país. **“Los servidores públicos son los grandes actores del cambio; si ellos no están comprometidos las posibilidades son muy limitadas. En este sentido, sólo su participación en la planeación y toma de decisiones generará compromiso y los movilizará en su favor”** (Muñoz, 1999).

Las estadísticas demuestran, que tras una década de actuación de la CONAMED y de varios años de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, hoy la salud en México es mejor, técnica y humanamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”, México D.F., 2003.
- CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), “Informe Anual de Labores 2005”, disponible en [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)
- Tena Tamayo, Carlos y Francisco Hernández Orozco, “La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente”, México, Editorial Prado, 2007.
- Muñoz, Ramón, “Pasión por un buen Gobierno”, México, Aldea Global, 1999.