

SALUD PÚBLICA EN MÉXICO ¿UN PROBLEMA DE IMPUNIDAD?

Laura García Velasco¹

Esta investigación se centra en las quejas médicas del sector de Salud Pública en México, por lo que alude a la noción de salud entendiendo ésta como un derecho humano. Para ello se expone en qué consiste el sistema nacional de salud; la responsabilidad de los profesionales del rubro; cómo se atienden las quejas formuladas con motivo de los servicios públicos; la labor que realiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para la solución de conflictos derivados de tales servicios —abordando el procedimiento arbitral—; así como se proporcionan datos oficiales en materia de quejas médicas. Con base en estos elementos se presenta aquí un panorama general de la situación, que nos permite advertir si existe o no impunidad, por parte de qué autoridades, y qué acciones podrían eliminarla.

La impunidad en México no sólo está referida a los temas de seguridad, delincuencia y narcotráfico, que en los últimos tiempos ocupan mayormente la atención. Impunidad es toda actuación contraria a la ley que no es sancionada oportunamente. Se trata de las omisiones o el error en que incurren las instituciones y servidores públicos en el ejercicio de su función, y que no reciben un castigo, dejando a las personas un sentimiento de frustración y desesperanza respecto de la actuación estatal. Esto lleva a un círculo vicioso que parece no encontrar salida, y termina por hacer que se denuncie aún menos la mala actuación pública.

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.² De aquí la prioridad de que se implementen políticas públicas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en

¹ En esta investigación también colaboró Alejandra Georgina Laorrabaquio Saad, Licenciada en Relaciones Internacionales por el Tecnológico de Monterrey (campus Ciudad de México), y en Gestión Cultural por la Universidad de Guadalajara (UDG). Laorrabaquio Saad también es Maestra en Derecho Internacional, y candidata a Doctora en Derecho de la Cultura.

² Puede sumarse a ello la discapacidad, de la que nadie está exento, como se explica en la investigación de la Mtra. Mariana Díaz Figueroa, publicada en enero de 2017: *La accesibilidad como elemento indispensable para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad*.

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 personas juegan un papel trascendental los servicios de salud y, en específico, la actividad de los profesionales del rubro. Al tener el cuidado de la integridad y de la vida humana como eje de su actividad, tienen también 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. Como se detallará más adelante, 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. En función del daño ocasionado, las responsabilidades de los profesionales pueden ser de carácter administrativo, civil e incluso penal. 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 porque ha ratificado tales documentos internacionales, sino porque, además, conforme al texto vigente del artículo 1º de la Constitución Política, ha establecido la obligación para 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 éstos, conforme lo establezca la ley. La salud es uno de ellos.

Para que esto se cumpla 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, 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, México ha suscrito diversos instrumentos internacionales que reconocen la salud como un derecho humano; también se ha considerado que, en la medida en que se proteja, garantizará la vida y la integridad física de las personas.

El derecho a la salud fue reconocido por primera vez como uno fundamental por la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactada en 1946, en cuyos lineamientos se declaran 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;
- 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.

Además, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25.1, reconoce que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios y que, asimismo, tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Mientras que su artículo 25.2 señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y en esa medida obliga al Estado Mexicano —como parte de tal instrumento internacional—, a asegurar a las personas un nivel esencial del derecho a la salud. Para ello, en el Protocolo de San Salvador, se establecen las medidas que deberán adoptar los Estados.³

En ese sentido, la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), apunta que el derecho a la salud comprende la disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Con la consecuente obligación de que el Estado así lo garantice.

De igual manera, en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña, los Estados parte reconocen el derecho de los niños y las niñas al más alto nivel posible de salud, y a recibir tratamiento y rehabilitación, y para tal efecto prevé las medidas que deberán realizar

³ *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”* Art. 10. En ese sentido se ha pronunciado la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en las tesis aisladas P. LXVIII/2009 y 2^a. CVIII/2014.

para lograrlo;⁴ en tanto que la Convención Internacional sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 11, inciso “F”, establece “El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”.

Además, 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

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha interpretado que este derecho fundamental “tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y [...] por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”. El tribunal también deja sentado que el derecho a la salud comprende a su vez el derecho de contar con un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de ésta. Para ello se requiere, por un lado, adoptar leyes u otras medidas que velen por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados; y, por el otro, que los profesionales reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia en aras de obtener el más alto nivel posible de calidad (1^a. LXV/2008, 2008: 457).

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 por ejemplo, actuar a través del diseño de políticas públicas y controles de calidad del servicio (1a. CCLXVII/2016 (10a.), 2016).

⁴ Art. 24. *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña* del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

⁵ “Art. 40.- (...) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” Adición del párrafo cuarto del artículo 4º Constitucional, publicada en el D.O.F. de 3 de febrero de 1983.

En ese sentido, el máximo tribunal del país ha señalado diversas formas para reparar una violación al derecho a la salud, a saber:

- i) 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;
- ii) las autoridades deben 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;
- iii) 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;
- iv) tomar todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud;
- v) otorgar servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados médica y científicamente (1a. CCCXLIII/2015 (10a.), 2015: 969).

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.

En efecto, el artículo 4º 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. Esta ley proporciona una definición de salud y establece la finalidad del derecho a la protección de la

misma en armonía con los citados instrumentos internacionales, 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”. En el artículo 6° indica que entre los objetivos del sistema está el de “proporcionar servicios de salud a toda la población 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”.

En el numeral 50, la ley también 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.

Ahora bien, conforme a lo dispuesto en la ley general, y como explican el Tercer y Cuarto Informes de Labores de la Secretaría de Salud, 2014-2015 y 2015-2016 respectivamente, 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 contemplan los miembros del Ejército Mexicano (SEDENA), la Marina (SEMAR) y la industria petrolera (PEMEX).

La Corte también ha precisado que la salud es una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y los interesados, con base en 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.

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 en quienes reciben atención médica—; o bien, las condiciones en que se preste el servicio (oportunidad, infraestructura, insumos, entre otros). Todas estas situaciones pueden derivar en un deficiente o mal servicio, pero no constituyen en sí mismas negligencia médica o la comisión de un delito⁶ 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.

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.

⁶ De acuerdo con el Artículo 7º del Código Penal Federal, por delito se entiende: “el acto u omisión que sancionan las leyes penales. (...). En el caso, la Ley General de Salud, en el Título Décimo Octavo denominado “Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos”, Capítulo VI, intitulado “Delitos”, se enuncia todas aquellas conductas que constituyen delito por parte de los profesionales de salud.

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.⁷ 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 personas obtener el máximo nivel posible de salud integral; 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 en seguida.

Responsabilidad profesional en materia de salud

El médico tiene una responsabilidad moral y profesional respecto a su desempeño.⁸ Cuando un profesional de la salud incurre en error, omisión o negligencia, tiene que responder legalmente ante la autoridad competente, según sea el caso.

La actuación inadecuada o incorrecta por parte de los médicos es capaz de provocar un daño al paciente;⁹ esto se conoce como mala práctica médica, misma que deriva en diversos tipos de responsabilidades que pueden fincárseles 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. La mala praxis del acto médico es considerada omisión por parte del profesional, al no prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en la relación con su paciente, y tiene por

⁷ 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.

⁸ 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).

⁹ Además “el error médico como tal constituye un problema de creciente preocupación en los sistemas de salud, debido al incremento de las demandas por parte de los pacientes, atribuibles a este tipo de eventos.” (Wolf S.H., Kuzel A.J., Dovey S.M., Phillips R.L., 2004: 16).

resultado cierto perjuicio a éste último;¹⁰ 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 de la salud.

Como conductas que reflejan la mala práctica médica tenemos:

- Negligencia médica: 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.
- Impericia:¹¹ falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Esto se traduce en ineptitud para el desempeño profesional. Un ejemplo de la impericia es cuando un cirujano realiza una cirugía compleja que no es de su área de especialidad.
- Imprudencia:¹² el daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones y sin medir las consecuencias. Por ejemplo, si un jefe de cirugía permite que los anestesiólogos salgan del quirófano durante una operación para atender otros quirófanos; si la enfermera lesiona al paciente con una inyección o una mala administración de medicamentos por no seguir lo indicado en la buena práctica de enfermería; un ejemplo más es el abandono de la guardia en un área de urgencias médicas.

Ante cualquiera de estos casos, los médicos deben responder legalmente.¹³ 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:

¹⁰ Carrillo Fabela señala, por ejemplo, que las alteraciones negativas conocidas como “iatropatogenias”, obedecen a situaciones de acción, omisión, descuido, olvido, inadvertencias, distracciones, imprecisiones, morosidad, apatía, precipitación, imprudencia, entre otros; actitudes que en términos prácticos pueden traducirse en negligencia, impericia e imprudencia. (2009: 15).

¹¹ La impericia es la falta de las habilidades o conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en determinada profesión (Carrillo Fabela, 2009: 16).

¹² La imprudencia es lo contrario de la prudencia, es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que deriven de esa acción u omisión (Carrillo Fabela, 2009: 16).

¹³ “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 lesioné bienes jurídicos tutelados, en ese momento tendrá que responder legalmente,

- a) 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.
- b) La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica.
- c) 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.
- d) El papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos.
- e) 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).

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. 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. 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 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).

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).

Así, podemos enunciar como causas de error y negligencia:

- 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.

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. 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— (1^a. CLXXIV/2014 (10^a.), 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).

Todos estos medios legales de solución son de índole jurisdiccional. Esto implica mayores recursos materiales y personales por parte de los usuarios afectados, y tiene por consecuencia, en muchas ocasiones, que 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

Las dependencias públicas del sector salud cuentan con diversos mecanismos para que los derechohabientes puedan presentar sus quejas directamente ante cada dependencia, como los llamados “buzones”, los medios electrónicos, el correo o la vía telefónica.

Asimismo, 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.

Quejas y denuncias ante la Secretaría de la Función Pública	
Opciones para realizar el trámite	Datos de contacto
En línea	Https://sdec.funcionpublica.gob.mx
Vía telefónica en la Ciudad de México	2000 2000 y 2000 3000 extensión 2164
Vía telefónica en el interior de la república	01 800 11 28 700
Presencial	En el 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.
Por correspondencia	Mediante 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.

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 extra institucionales en los que haya incurrido el derechohabiente.¹⁴ 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.¹⁵

La Subdirección de Atención al Derechohabiente tiene también una cuenta en la red social Twitter para proporcionar orientación y para captar peticiones de los derechohabientes; en ella, personal especializado brinda atención a los planteamientos de los usuarios. De igual forma, se puede contactar al Instituto por medio de correo electrónico. En la tabla siguiente constan los distintos medios de contacto que el derechohabiente puede emplear para presentar sus quejas, comentarios y/o denuncias.

Medio	Datos de contacto
Presencial	Unidades de atención al derechohabiente y
Issstetel D.F. y Área Metropolitana	4000-1000
ISSSTETEL para el interior de la república	(0155) 4000-1000
Correo electrónico	Quejas@issste.gob.mx
Twitter	@usuarios.issste

¹⁴ 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” Disponible en línea en: <http://www.gob.mx/tramites/ficha/solicitud-de-queja-medica-en-el-issste/ISSSTE494>. [Consultado el 13 de diciembre de 2016].

¹⁵ 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. Además, el *Directorio de unidades médicas y/o administrativas* del Instituto está disponible en: <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423/unidadesmedicas.pdf> [Consultado el 13 de diciembre de 2016].

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, comentadas en la sección anterior de este trabajo, 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 descentrado 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).¹⁶

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:

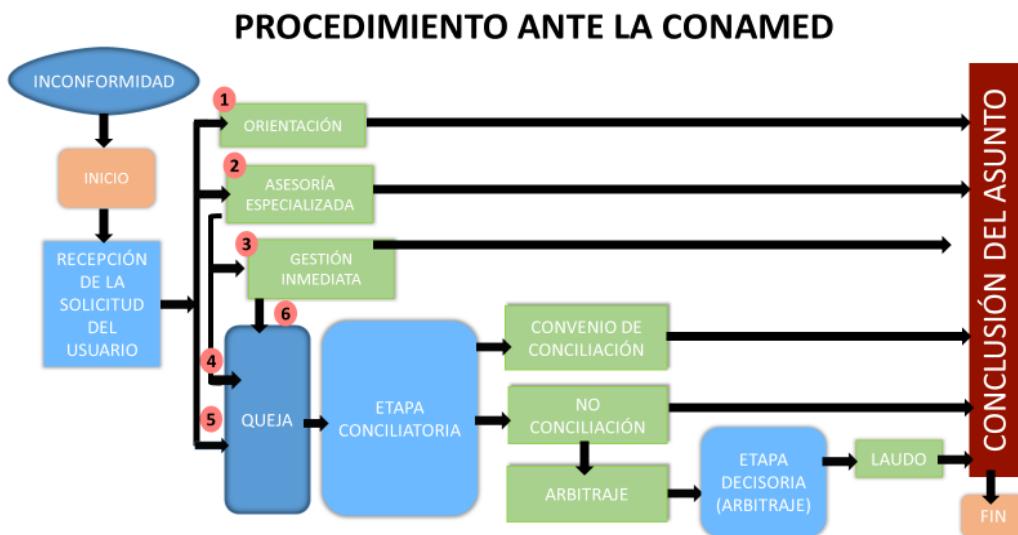
- Orientación y asesoría al paciente que la contacta para exponer su inconformidad: tiene por finalidad ayudarle a encontrar posibles vías de solución.
- Gestión: consiste en apoyar al paciente que requiere información o atención médica (sobre todo urgente) y no la ha recibido, aun cuando la ha solicitado. La CONAMED ayuda a gestionar el apoyo que requiere, con el propósito de garantizar el derecho al acceso a la salud y evitar problemas al paciente.
- 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

¹⁶ 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 4º del *Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico* se amplía esta información.

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.

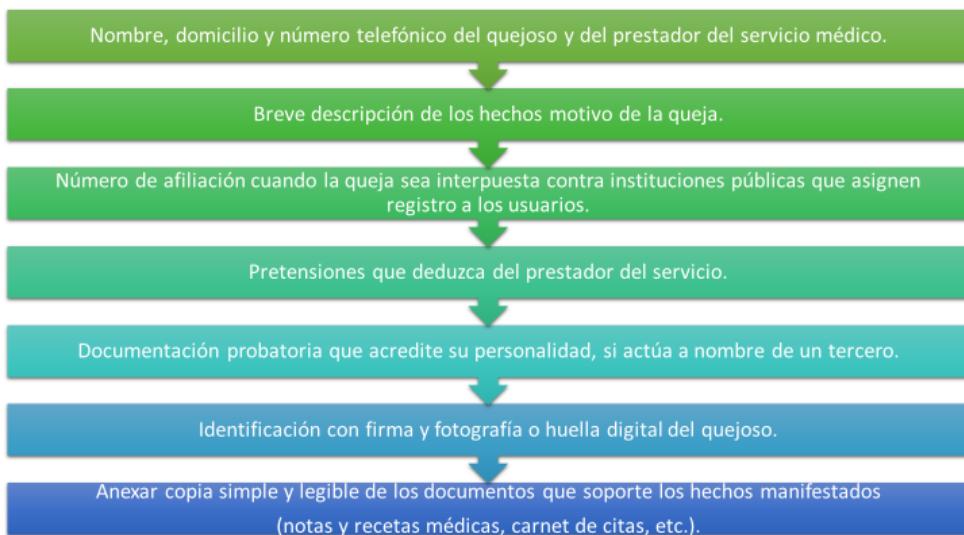
- Arbitraje: como su denominación anuncia, la CONAMED interviene cuando las partes en un conflicto derivado de la prestación de un servicio médico deciden voluntariamente que dicho órgano resuelva sus diferencias, a través de alternativas extrajudiciales como la conciliación y el arbitraje.

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 especialidades; o bien, ante hechos que advierte sí constituyen mala práctica médica, para que se tramite una queja con el fin de que se dé lugar a la conciliación o al arbitraje, según decidan las partes.



Cuadro recuperado del informe *Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud (1996 - 2015)* de la CONAMED.

REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA ANTE LA CONAMED



Cuadro recuperado del informe *Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud (1996 - 2015)* de la CONAMED.

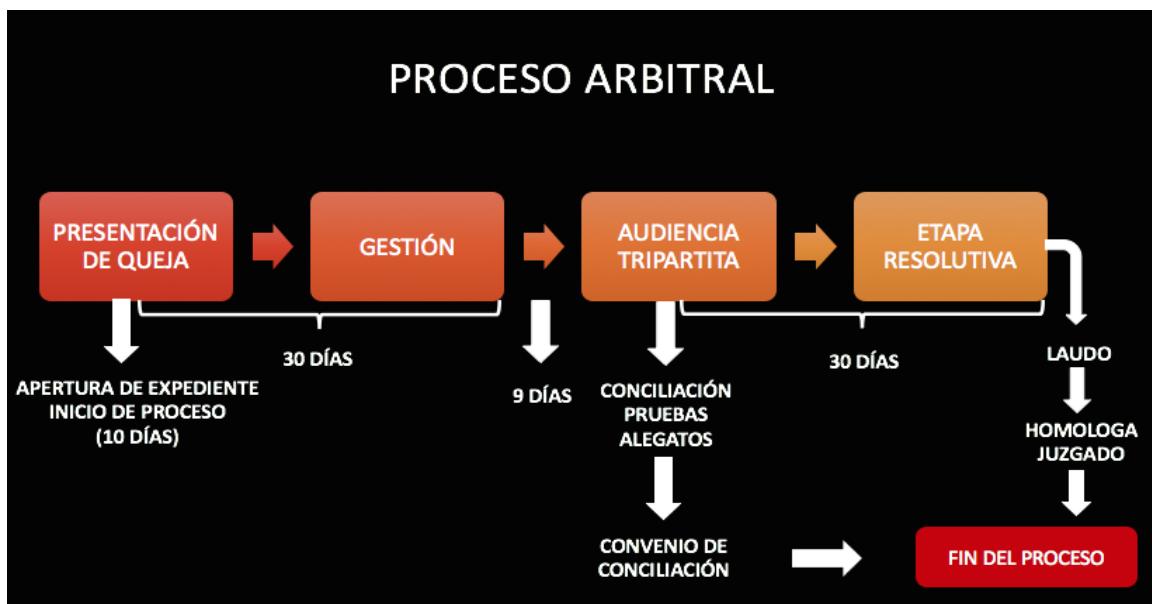
Como puede observarse, los requisitos para tramitar quejas ante el órgano especializado son sencillos, a fin de que el procedimiento sea accesible y ágil. Dado que —a juicio nuestro— el procedimiento arbitral es el eje de la creación de la CONAMED, en la siguiente sección se desarrollarán con más detalle 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 árbitro,¹⁷ 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

¹⁷“El proceso arbitral es el conjunto de actos procesales y procedimientos que se inicia con la presentación y admisión de una queja y termina por alguna de las causas establecidas en el *Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*; comprende las etapas conciliatoria y decisoria y se tramitará, dada la naturaleza civil del arbitraje médico, con arreglo a la voluntad de las partes, en amigable composición, estricto derecho o en conciencia” (CONAMED, 2003: 105).

pretensión sea factible de ser atendida, el personal especializado de la CONAMED procede a la admisión de la queja.



Cuadro recuperado del informe *Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud (1996 - 2015)* de la CONAMED.

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

Se trata entonces de un medio alterno 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 referidas 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 además, 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, además, 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 del 2016. A la fecha persisten las intermitencias en el sistema.¹⁸ 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).

¹⁸ Recuperado de:
[https://medium.com/@AlePadillaRmz/casi-un-año-sin-plataforma-nacional-de-transparencia-la-insistencia-inútil-al-inaimexico-acb162eea035#.knp8pzfuc](https://medium.com/@AlePadillaRmz/casi-un-a%C3%B1o-sin-plataforma-nacional-de-transparencia-la-insistencia-in%C3%BAtil-al-inaimexico-acb162eea035#.knp8pzfuc) [Consultado el 22 de octubre 2016].

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).

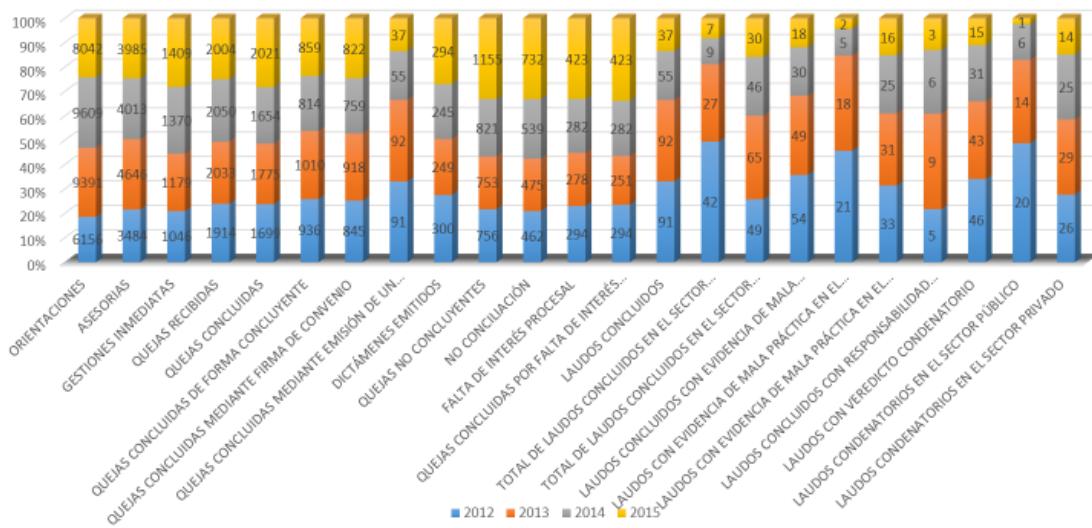
QUEJAS CONCLUIDAS POR CONAMED SEGÚN INSTITUCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO 1996-2015

AÑO	SEGURIDAD SOCIAL							
	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OTRA	SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ESTADOS	TOTAL CON SEGURIDAD SOCIAL
1996-2015	16547	4137	379	77	35	44	94	21313

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 Nacional de Arbitraje Médico 1996 - 2010; para 2011-2015, cuadros anuales tomados de la sección de estadística de la página web de CONAMED.

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.

INDICADORES RELEVANTES DEL DESEMPEÑO DE CONAMED
PERÍODO 2012 - 2015



Recuperado de CONAMED en el Informe Indicadores Relevantes sobre la Atención de Controversias en Salud (1996 - 2015).

El cuadro anterior nos permite apreciar el número de casos que recibió el órgano desconcentrado, y cuántos involucra el sector público.

De acuerdo con el *Informe estadístico 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 sector 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 sector 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 un porcentaje importante del total de quejas recibidas se adjudica al IMSS, 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 primeros 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 (58.9%), y 39 quedaron sin evidencia (41.1%). 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 denuncia, 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 elige este tipo de alternativa cuando no recibe el servicio de salud de manera óptima. La condición socioeconómica del usuario no debe ser considerado 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 les implica traslados, comparecencias, entre otros. La importancia de estos datos comúnmente considerados menores es que en tales circunstancias abonan a la impunidad.

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 este número es bajo 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 cuanto refiere al IMSS, tenemos que en términos de su propia normatividad,¹⁹ 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.²⁰

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 período 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.²¹

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,²² 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.

¹⁹ 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 Instituto Mexicano del Seguro Social.

²⁰ *Instructivo para el Trámite y Resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2004.

²¹ Respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 0064102278415, presentada ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del sistema INFOMEX Gobierno Federal.

²² 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 17,884,033 puestos de trabajo, de los cuales el 86% son plazas permanentes y 14% plazas eventuales. Conforme al Comunicado de Prensa No. 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 18,935,841 puestos de trabajo; de éstos, el 85.6% son permanentes y 14.4% eventuales.

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, 47.0% 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.

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%), de atención médica programada el 97.2%.

Asimismo, explica que el 41.3% estima estar muy satisfecho o satisfecho 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

Para la CNDH el mal servicio de salud constituye una violación de derechos humanos. Y al respecto de ello ha proporcionado los datos siguientes:

Total de quejas en el sector salud nacional, enero a diciembre de 2015 (3047 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

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

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:

Hechos violatorios en el Distrito Federal de enero a diciembre 2015	943
Prestar indebidamente el servicio público	289
Omitir proporcionar atención médica	234
Omitir suministrar medicamentos	111
Negligencia médica	103
Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho	92

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

Mientras que en el Estado de México la mayor incidencia se presenta en los siguientes rubros:

Hechos violatorios en el Estado de México de enero a diciembre 2015	361 QUEJAS
Prestar indebidamente el servicio público	95
Omitir proporcionar atención médica	92
Omitir suministrar medicamentos	58
Negligencia médica	57
Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho	40

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

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.²³

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

²³ 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 (2074), 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 (2155), 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 10 hechos violatorios más frecuentes considerados en las recomendaciones, destaca en el segundo lugar la negligencia médica y, en octavo lugar, omitir proporcionar atención médica.

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).

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 quejoso 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.

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 advierten 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 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 salud 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 mismo, 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 quejoso, 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.

Bibliografía y fuentes consultadas

Normativa nacional e internacional:

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. (1948). París: Autor. Recuperado de:
<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> [Consultado el 21 de enero de 2017].
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. S, l: Autor. Recuperado de:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [Consultado el 13 de octubre de 2016].
3. Asociación Médica Mundial. (2015). *Manual de Ética Médica*. Francia: Autor. Recuperado de:
http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf [Consultado el 10 de noviembre de 2016].
4. Código Civil Federal. Recuperado de:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_241213.pdf [Consultado el 23 de octubre 2016].

5. Código Penal Federal. Recuperado de:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_180716.pdf [Consultado el 23 de octubre 2016].
6. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2013). *Recomendación 09/2013*. Recuperado de:
http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/reco_1309.pdf [Consultado el 22 de octubre 2016].
7. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. (2006). *Invertir en salud para el desarrollo económico*. México: Autor.
8. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2015a). *Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud (1996 - 2015)*. México: Autor. Recuperado de:
<https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/indicadores-relevantes-sobre-atencion-de-controversias-en-salud-1996-2015?idiom=es> [Consultado el 22 de octubre de 2016].
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2015b). *Informe estadístico sobre laudos concluidos 2012 - 2015*. México: Autor. Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/165287/Informe_anual_sobre_laudos_concluidos_2012-2015.pdf [Consultado el 15 de noviembre de 2016].
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2003). “Lógica Procesal del Modelo de Arbitraje Médico” en *Modelo mexicano de Arbitraje Médico*. México: Autor. Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/89467/Logica_procesal.pdf [Consultado el 4 de diciembre de 2016].
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2003). *Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. México: Autor. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/re210103.html> [Consultado el 7 de febrero del 2017]
12. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Informe de Actividades del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016*. México: Autor. Recuperado de:
http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2016/Informe_2016_resumen_ejecutivo.pdf [Consultado el 7 de febrero del 2017].
13. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Sistema Nacional de Alerta de Violación a los Derechos Humanos*. México: Autor. Recuperado de:
<http://200.33.14.34:1001/inicio.asp> [Consultado el 15 de noviembre de 2016].
14. Constitución de la Organización Mundial De La Salud. Recuperado de:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consultado el 22 de octubre de 2016].
15. Consejo Económico y Social. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. (General Comments)*. Recuperado de:

- <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view> [Consultado el 25 de octubre de 2016].
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña*. Recuperado de: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_convencion_espanol.pdf. (Consultado el 10 de noviembre de 2016).
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Comunicado de Prensa No. 229/2016*. México: Autor. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201612/229> [Consultado el 12 de enero 2017].
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2004). *Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: Autor. Recuperado de: <http://www.sntss.org.mx/images/downloads/elements/instructivo-para-el-tramite-y-resolucion-de-las-quejas-admin-wyqf-image.pdf> [Consultado el 25 de noviembre de 2016].
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Memoria estadística 2015*. México: Autor. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015> [Consultado el 12 de enero de 2017].
20. Ley General de Salud. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf [Consultado el 23 de octubre 2016].
21. Ley del Seguro Social. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf [Consultado el 25 de octubre de 2016].
22. Naciones Unidas (ONU). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm [Consultado el 10 de noviembre de 2016].
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en> [Consultado el 10 de octubre 2016].
24. Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México*. Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf [Consultado el 14 de octubre de 2016].
25. Reglamento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Autor. Recuperado de: www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88958.doc [Consultado el 23 de noviembre de 2016].
26. Secretaría de Salud (1996). *Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. México: Autor. Recuperado de:

- http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf [Consultado el 7 de febrero de 2017]
27. Secretaría de Salud. (2013). *Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico*. México: Autor. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf [Consultado el 23 de octubre de 2016].
28. Secretaría de Salud. (2015). *Tercer informe de labores (2014-2015)*. México: Autor. Recuperado de:
http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/92469/3er_Informe_de_Labores_Secretaria_de_Salud_2015.pdf [Consultado el 20 de noviembre de 2016].
29. Secretaría de Salud. (2016). *Cuarto informe de labores (2015-2016)*. México: Autor. Recuperado de:
http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131363/4to_Informe_de_Labores_SS.pdf [Consultado el 25 de noviembre de 2017].

Documentos consultados:

1. Alvarado-Guevara y Flores- Sandí G. “Errores Médicos”, en *Acta Médica Costarricense*. Vol 51 (1) enero-marzo 2009. Recuperado de:
http://www.actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/25 [Consultado el 7 de febrero del 2017].
2. Ambrosio Morales, M. T., Carrillo Fabela, L. M. R., González Mora, B. V. (s,f). *La responsabilidad del médico como servidor público en México*. Recuperado de:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2499/27.pdf> [Consultado el 22 de octubre de 2016].
3. Asociación Médica Mundial (WMA). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la negligencia médica*. Recuperado de:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/m2/> [Consultado el 25 de octubre de 2016].
4. Bañuelos Delgado, N. (s, f). *La mala práctica*. Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/mala_practica.pdf [Consultado el 22 de octubre 2016].
5. Bastidas Matheus, N. “La mala práctica médica y los derechos humanos”, en *Razón y Palabra*, Noviembre 2012 – Enero 2013, pp. 1-25. Recuperado de:
http://www.razonypalabra.org.mx/N/N81/M81/18_Bastidas_M81.pdf (Consultado el 12 de noviembre de 2016).
6. Carrillo Fabela, L. M. R. (2009). *La responsabilidad profesional del médico en México*. Editorial Porrúa: México.

7. Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s220-s232. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf> [Consultado el 13 de enero de 2017].
8. Díaz Figueroa, M. (2016). *La accesibilidad como elemento indispensable para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad*, en Impunidad Cero. Recuperado de:
<https://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=21&t=la-accesibilidad-como-elemento-indispensable-para-el-ejercicio-efectivo-de-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad> [Consultado el 20 de enero del 2017].
9. Fajardo-Dolci, G. E., Hernández-Torres, F., Santacruz-Varela, J., Hernández-Ávila, M., Kuri-Morales, P., Y Gómez-Bernal, E. (2009). “Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007”, en *Salud Pública de México*, 51(2), 119-125. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000200007&lng=es&tlng=es [Consultado el 14 de octubre de 2016].
10. García, S. (2007). *Reseña "La responsabilidad profesional del médico en México" de Luz María Reyna Carrillo Fabela*. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v40n120/v40n120a14.pdf> [Consultado el 16 de noviembre de 2016].
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo de Población y Vivienda 2010 – presentación de resultados*. Recuperado de:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/doc/presentacion.pptx> [Consultado el 12 de enero de 2017].
12. INEGI. (2015). *Encuesta nacional de calidad e impacto gubernamental (ENCIG) 2015*. Recuperado de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/encig/2015/> [Consultado el 14 de octubre de 2016].
13. Knaul F. M., Arreola H, Borja C., Mendez O., Torres, A. C. “El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares”, en *Caleidoscopio de la salud*. Recuperado de:
<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/20-ElSistemaDeProteccion.pdf> [Consultado el 16 de octubre de 2016].
14. Rivas-Loría, P. *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma*. Recuperado de:
http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmddocuments/Perfil_Sistema_Salud-Lineamientos_Metodologicos.pdf [Consultado el 13 de octubre de 2016].
15. Molina, R. E., Romero, J. R., Trejo, J. A. (1991). Desarrollo económico y salud, en *Salud Pública de México*, mayo-junio, 227-234. Recuperado de:

- <http://www.redalyc.org/pdf/106/10633304.pdf> [Consultado el 20 de noviembre de 2016].
16. Wolf S.H., Kuzel A.J., Dovey S.M., Phillips R.L. (2004). *A String of mistakes: The importance of Cascade Analysis in Describing, Counting and Preventing Medical Errors.* Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466697/#> [Consultado el 20 de octubre de 2016].
- Tesis aisladas y jurisprudencia:**
1. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1^a. LXV/2008. Novena Época. Julio de 2008.
 2. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tribunal Pleno. Tesis de Jurisprudencia P./J. 136/2008. Novena Época. Octubre de 2008.
 3. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tribunal Pleno. Tesis Aislada P. LXVIII/2009. Novena Época. Diciembre de 2009.
 4. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1^a. CLXXIV/2014 (10^a). Décima Época. Abril de 2014.
 5. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1a. CLXXV/2014 (10a.). Décima Época. Abril de 2014.
 6. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1a. CLXXVI/2014 (10a.) Décima Época. Abril de 2014.
 7. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1a. CLXXII/2014 (10a.). Décima Época. Abril de 2014.
 8. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Segunda Sala. Tesis Aislada 2^a. CVIII/2014 (10^a). Décima época. Noviembre de 2014.
 9. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis de Jurisprudencia 1a. CCCXLIII/2015 (10^a). Décima Época. Noviembre de 2015.
 10. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala. Tesis Aislada 1a. CCLXVII/2016 (10a.). Décima Época. Noviembre de 2016.