



# COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE NAYARIT

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

<b>Unidad Administrativa Responsable de su Elaboración:</b>
<b>Sub Comisionado Jurídico</b>

<b>Fecha de Elaboración:</b>		
<b>21</b>	<b>JUNIO</b>	<b>2010</b>



## CONTENIDO

	<b>PÁGINA</b>
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVO DEL MANUAL.....	3
Desarrollo de los Procedimientos .....	4
1. Descripción del Procedimiento de Atención de Inconformidades y Asuntos Relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud.....	5
2. Diagrama de Flujo del Procedimiento de Atención de Inconformidades y Asuntos Relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud.....	16
ANEXOS.....	23
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	36
AUTORIZACIÓN.....	39



## INTRODUCCIÓN

Este documento permite conocer los procedimientos de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit, incluye nombre, objetivo descripción y diagrama de los procedimientos para su fácil entendimiento.

Su finalidad es dar a conocer a todo el personal adscrito y de nuevo ingreso, la forma de cómo se deben llevar y realizar cada uno de los procedimientos, servirá además para que los diferentes departamentos y unidades de atención, conozcan y apliquen este manual en todos y cada uno de los procesos en que intervengan, logrando así unificar los criterios, evitando confusión en la aplicación y flujo de los mismos. Será revisado y actualizado de acuerdo a la observancia de su operatividad, cambios en la estructura orgánica de la CECAMED, modificaciones a la ley, o cuando así se requiera, por los Sub-Comisionados Médico y Jurídico, los cuales además deberán evaluar la funcionalidad de estos procesos.



## **OBJETIVO DEL MANUAL**

Brindar a todo el personal de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit, un instrumento de apoyo que permita conocer los procesos más relevantes, la forma en que deben llevarse a cabo, así como las actividades y responsabilidades de cada uno de los miembros de esta Comisión, con la finalidad de proporcionar servicios eficientes y de calidad.



## DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

**Nombre del procedimiento:** Atención de inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud.

**Objetivo del Procedimiento.-** Atender los conflictos que se susciten entre los usuarios de los servicios de salud y los prestadores de éstos, colaborando en su solución en base a la buena voluntad.

### **Normas de operación.-**

- Horario de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas, en días hábiles.
- La atención inicial al Usuario del Servicio de Salud debe de ser proporcionada por el personal administrativo el cual lo canalizará al Departamento que corresponda.
- Se deberá anotar en la bitácora y registrarse en el SINAREQ, siendo esto responsabilidad del Departamento de Orientación, Quejas, Difusión y Comunicación.
- Todos los asuntos atendidos en esta Comisión tendrán el tratamiento de confidencial.



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMA O DOCUMENTO	
		<b>INICIO</b>			
Recepcionista	1	Atiende a la (s) persona (s) que acuda (n) a solicitar los servicios de la CECAMED, y lo canaliza a la Unidad de Orientación, Quejas, Difusión y Comunicación.			
Unidad de Orientación, Quejas, Difusión y Comunicación	2	Recibe y atiende el planteamiento, identifica motivo, y determina si el caso ES o NO, competencia de CECAMED. Conecta con actividad No. 6			
		<b>NO ES COMPETENCIA</b>			
	3	Analiza si requiere Orientación o Asesoría.			
		<b>ORIENTACIÓN</b>			
	4	Brinda la información, orienta a la persona a la instancia que debe acudir de acuerdo al planteamiento en cuestión, registra en Bitácora y Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ) y se concluye.		BITÁCORA, SINAREQ	



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				2	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			FORMA O DOCUMENTO
		<b>ASESORÍA</b>			
	5	Otorga información el binomio (Médico- Abogado) y asesora al interesado ante que instancia debe acudir de acuerdo a la materia del asunto y/o las pretensiones del usuario, y cual es el procedimiento que debe de realizar ante dicha instancia, se anota en Bitácora y SINAREQ, se concluye.			
		<b>SI ES COMPETENCIA</b>			
	6	Analiza el planteamiento y las pretensiones, se determina si puede ser resuelto a través de una Gestión o si procede como una Queja.			
		<b>QUEJA</b> Conecta con actividad No. 13			
		<b>GESTIÓN</b>			
	7	Informa al interesado de los servicios que proporciona la CECAMED, el proceso a seguir y se le pregunta si comprendió los alcances legales y en			



	su caso si acepta que se realice la Gestión.	
--	--	--

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				3	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMA O DOCUMENTO	
		<b>NO ACEPTA</b>			
	8	Se informa que el planteamiento procede como Queja. Conecta con actividad No. 13			
		<b>SI ACEPTA</b>			
	9	Realiza la Gestión ante el Prestador del Servicio de Salud, informa al interesado de la propuesta de solución por parte del prestador a lo pretendido.			
	10	Registra en Bitácora y en el SINAREQ, se recaba firma de conformidad y se otorga copia al interesado.		ACTA DE GESTIÓN	
	11	Realiza seguimiento del caso, registra en el Carnet de Seguimiento Gestión/Queja, si fue satisfactoria se concluye.		CARNET SEGUIMIENTO	



--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
			4	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal		
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.				
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMA O DOCUMENTO	
	12	<b>ES INSATISFACTORIO</b> Informa al usuario que procede el planteamiento como una Queja, se elabora el Acta de Queja, y entrega copia al quejoso, se anota en Bitácora, se registra en SINAREQ y se remite junto con los documentos de soporte a la Unidad de Conciliación en un plazo no mayor de 5 días hábiles, para continuar el procedimiento.	ACTA DE QUEJA, DOCUMENTOS DE SOPORTE	
		<b>QUEJA</b>		
	13	Informa al interesado de los servicios que proporciona la CECAMED, y el proceso a seguir, se analizan los documentos de soporte de la Queja, sus motivos y pretensiones, se le pregunta si comprendió los alcances legales y en su caso si acepta que se levante la Queja.		
		<b>NO ACEPTA</b>		



	14	Anota en Bitácora y SINAREQ, se concluye como ASESORÍA.	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				5	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMA O DOCUMENTO	
		<b>SI ACEPTA</b>			
	15	Elabora el Acta de Queja, entrega copia al quejoso, anota en Bitácora, registra en SINAREQ y se remite junto con los documentos de soporte a la Unidad de Conciliación, para continuar el procedimiento.			
		<b>NOTA:</b> Cuando la Queja sea contra una Institución Federal (IMSS, SEDENA, PEMEX, ETC), se remitirá a CONAMED con lo que se concluye el caso para CECAMED, se da seguimiento al caso hasta su conclusión; en caso de que sea en contra del ISSSTE se seguirá el procedimiento establecido en el convenio correspondiente.		CARNET SEGUIMIENTO	
	16	Recibe Acta de Queja y documentos de soporte			



--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
			6	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal		
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.				
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMA O DOCUMENTO	
Unidad de Conciliación	17	Notifica a través del Acta, al Prestador del Servicio dentro de los siguientes 10 días hábiles que tiene una Queja en su contra, le entrega copia de la misma, y se le cita a una audiencia informativa en la que se le da a conocer los servicios que presta la CECAMED, los alcances legales, el proceso a seguir, y se le pregunta si acepta o no el procedimiento de la CECAMED.		
		<b>NO ACEPTA</b>		
	18	Elabora el Acta correspondiente, y el documento en el cual deja los derechos a salvo del quejoso, notifica al interesado, anota en SINAREQ, archiva expediente y concluye.	ACTA DE ACEPTACIÓN O NO	
		<b>SI ACEPTA</b>		



	19	Elabora Acta de aceptación y se le informa al prestador del servicio de salud por escrito que dispondrá de 9 días hábiles para contestar la Queja y acreditar su calidad como profesional de la Salud.	
--	----	--	--

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
			7	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal		
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.				
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMA O DOCUMENTO	
		<b>NO ACREDITA</b>		
	20	Levanta el Acta correspondiente dejando los derechos a salvo de las partes, se notifica a los interesados, archiva expediente y concluye procedimiento.		
		<b>SI ACREDITA</b>		
	21	Fija fecha de Audiencia Conciliatoria para posible Convenio, transcurridos 9 días hábiles, posteriores a la aceptación, con o sin el escrito de contestación de Queja.		
	22	Lleva a cabo la Audiencia de Conciliación, hace del conocimiento las formalidades de la Etapa Conciliatoria del Proceso Arbitral y la		



		Finalidad de la misma. Lee la queja, las pretensiones y en su caso, el informe médico presentado, señalando los elementos comunes y los puntos de controversia. Invita a las partes a que se conduzcan con verdad y lleguen a un Convenio.	
--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
			8	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal		
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.				
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMA O DOCUMENTO	
		<b>ACEPTAN CONVENIO</b>		
	23	Elabora el Acta de Conciliación y Convenio, asentando los compromisos acordados, entrega copia a las partes firmada por quienes intervinieron en la audiencia. Registra en SINAREQ; Hace seguimiento hasta el cumplimiento de los mismos, archiva y concluye.		
		<b>NO ACEPTAN CONVENIO</b>		
	24	Elabora Acta y propone una segunda audiencia, para llegar a un acuerdo.		
		<b>ACEPTAN SEGUNDA AUDIENCIA</b>		



		Conecta con la actividad No. 22	
		<b>NO ACEPTA ACUERDO</b>	
	25	Hace Propuesta de Arreglo Institucional.	
		<b>ACEPTA PROPUESTA DE ARREGLO INSTITUCIONAL</b>	
		Conecta con la actividad No. 23	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
			9	11
<b>ÁREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal		
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.				
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMA O DOCUMENTO	
		<b>NO ACEPTA ARREGLO INSTITUCIONAL</b>		
	26	Se propone el Arbitraje		
		<b>NO ACEPTA ARBITRAJE</b>		
	27	Da por concluido dejando los derechos a salvo, se registra en SINAREQ, se levanta el Acta, se archiva y concluye.		
		<b>ACEPTAN ARBITRAJE</b>		
	28	Levanta Acuerdo y remite el expediente a la Unidad de Arbitraje.		
Unidad de	29	Recibe expediente enviado por la		



Arbitraje		Unidad de Conciliación, elaborando el acuerdo que resuelve la recepción del expediente.	
	30	Notifica a las partes de la fecha para elaboración o recepción del Compromiso Arbitral.	
	31	Recibe a las partes para elección, elaboración y firma del Compromiso Arbitral, se establecen términos y reglas del procedimiento.	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				10	11
<b>AREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMA O DOCUMENTO	
	32	Elabora el Acuerdo de Recepción de Pruebas ofrecidas por las partes en el término establecido en el Compromiso Arbitral.			
	33	Establece fecha para Audiencia del Desahogo de Pruebas y Alegatos, notificando a las partes.			
	34	Desahoga la Audiencia, con la ampliación de dictámenes por parte de los peritos presentes si se requiere, elabora el Acta de Audiencia y firman las partes que			



		intervienen.	
	35	Elabora el Acuerdo que declara el Cierre de la Instrucción y cita a las partes para el Laudo. Turna el expediente al Comisionado Estatal.	
Comisionado Estatal	36	Recibe expediente de la Unidad de Arbitraje y efectúa el análisis, si con los elementos aportados por las partes no es posible emitir el Laudo, se hará llegar de las pruebas que considere pertinentes para ello.	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				11	11
<b>AREA:</b> Médica – Jurídica		<b>DEPARTAMENTO:</b> Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje, y Comisionado Estatal			
<b>PROCEDIMIENTO:</b> Atención de Inconformidades y Asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de la Salud.					
RESPONSABLE	ACT. NUM.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			FORMA O DOCUMENTO
	37	Emite el Laudo fundado y motivado, firmado por éste y los Subcomisionados.			
	38	Notifica el Laudo dentro de los 8 días siguientes a aquél en que se hubiera hecho la cita para éste, puede ser prorrogado este plazo hasta 15 días más en caso de documentos voluminosos. Se registra en			



		SINAREQ y concluye.	
		<b>NOTA:</b> Si se requiere alguna aclaración la CECAMED deberá realizarla dentro de los siguientes 3 días hábiles posteriores a la notificación del Laudo, o, a instancia de parte dentro del plazo pactado en el Compromiso Arbitral.	



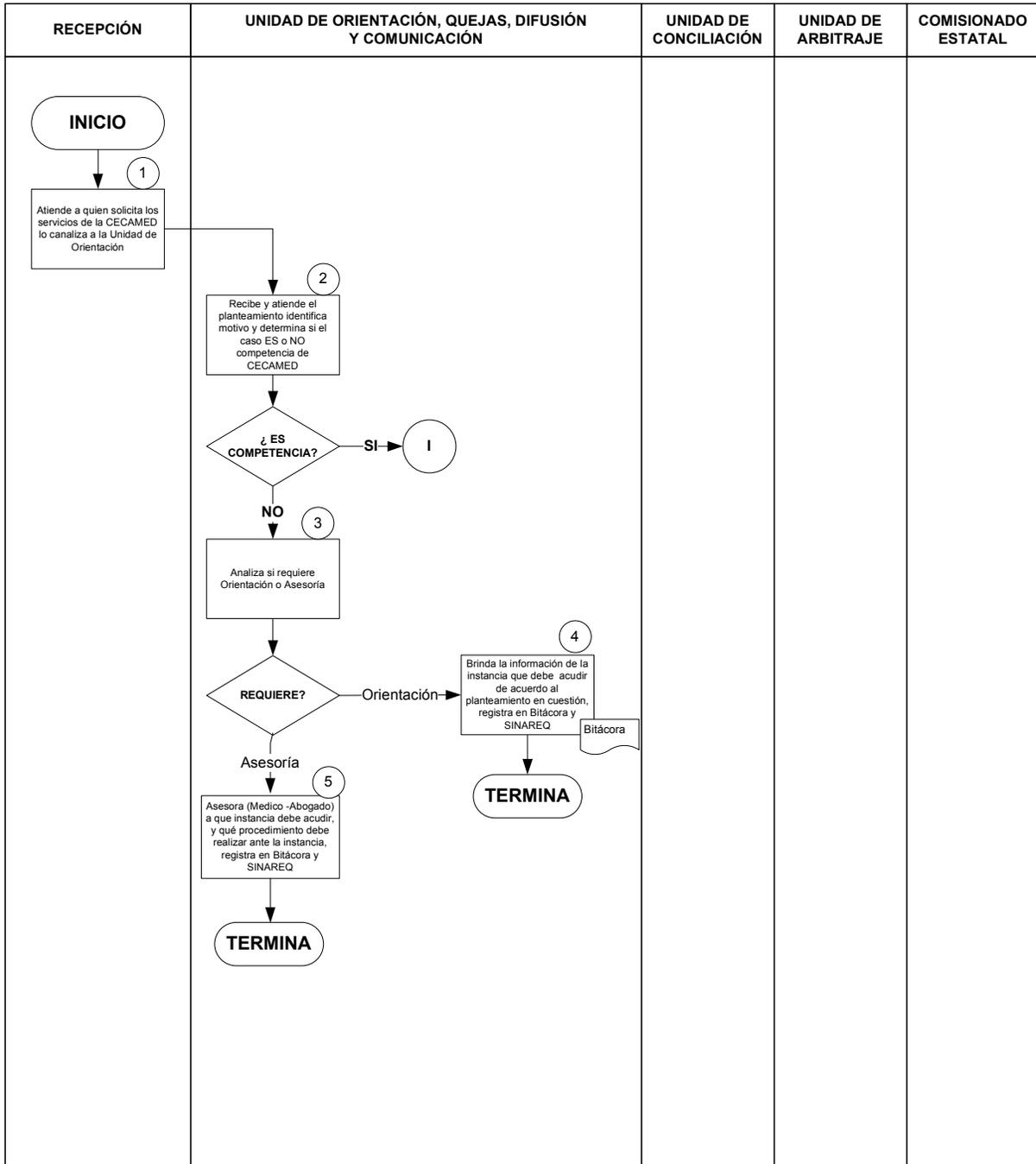
## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>		<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
			1	6

**PROCEDIMIENTO:** Atención de inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud

**ÁREA:** Médico - Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal



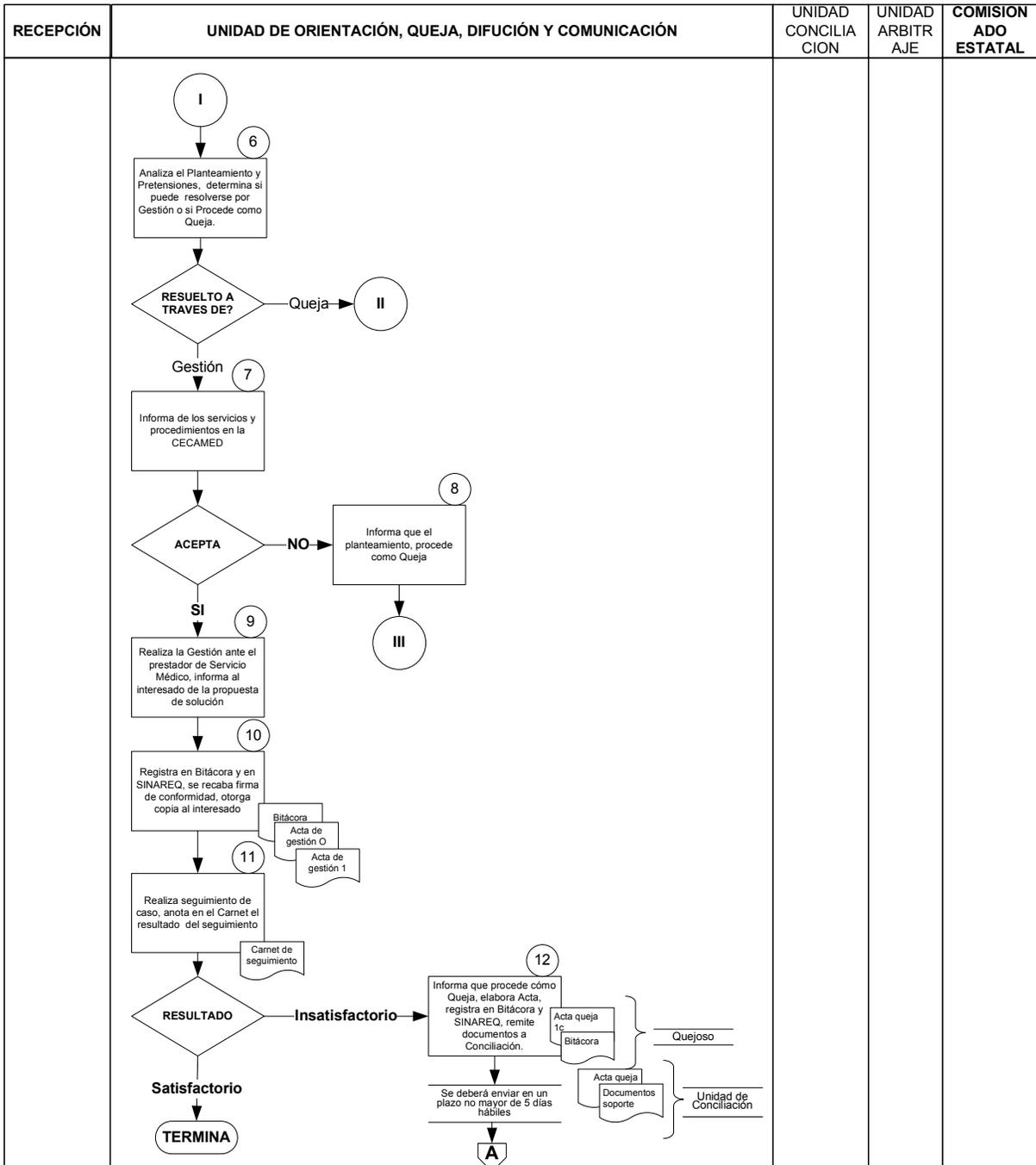


<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>		<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
			2	6

**PROCEDIMIENTO:** Atención de inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud.

**ÁREA:** Médico - Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal



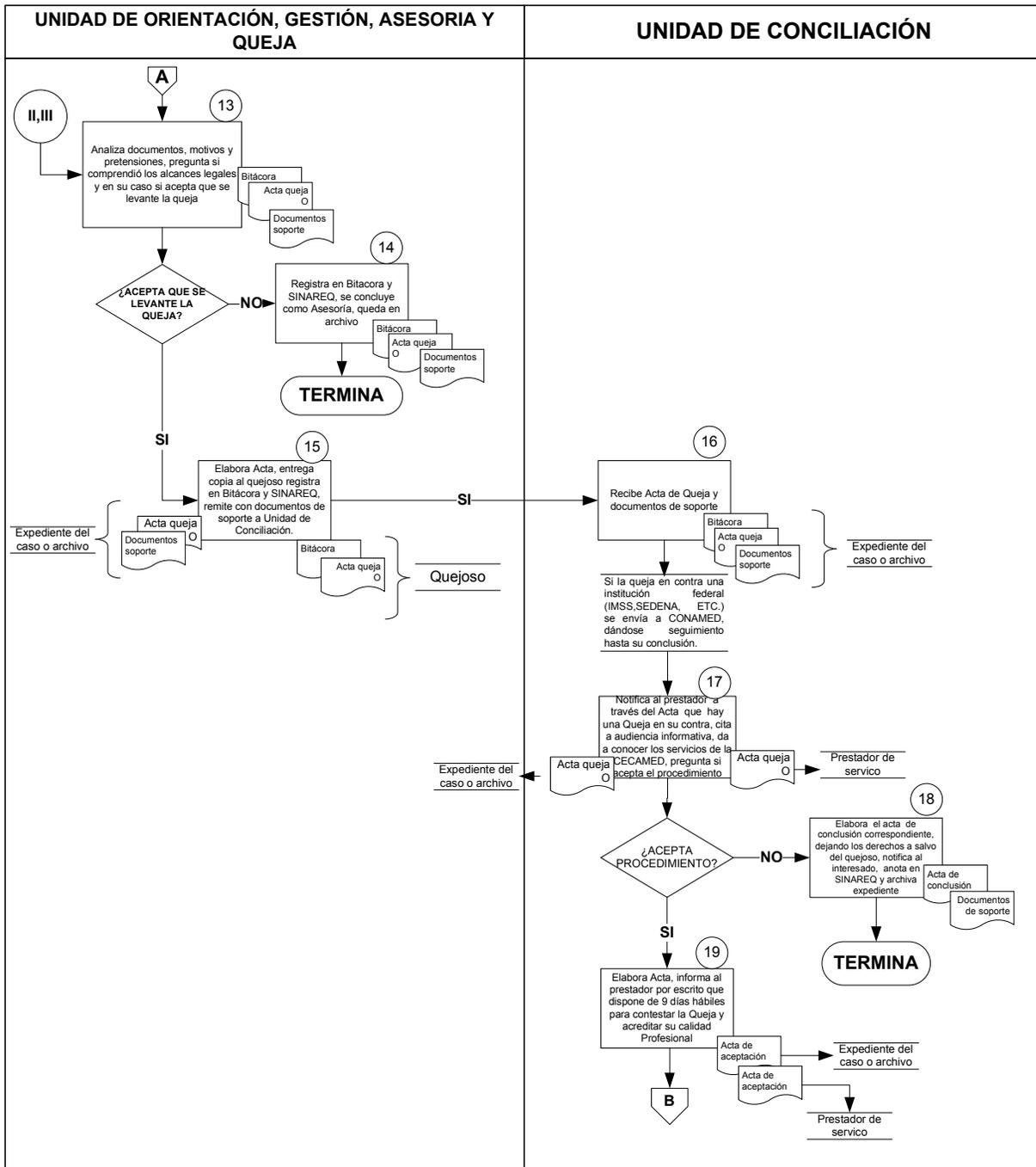


<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>		<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
			3	6

**PROCEDIMIENTO:** Atención de inconformidades relacionada con la Prestación de los Servicios de Salud

**ÁREA:** Médico - Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal



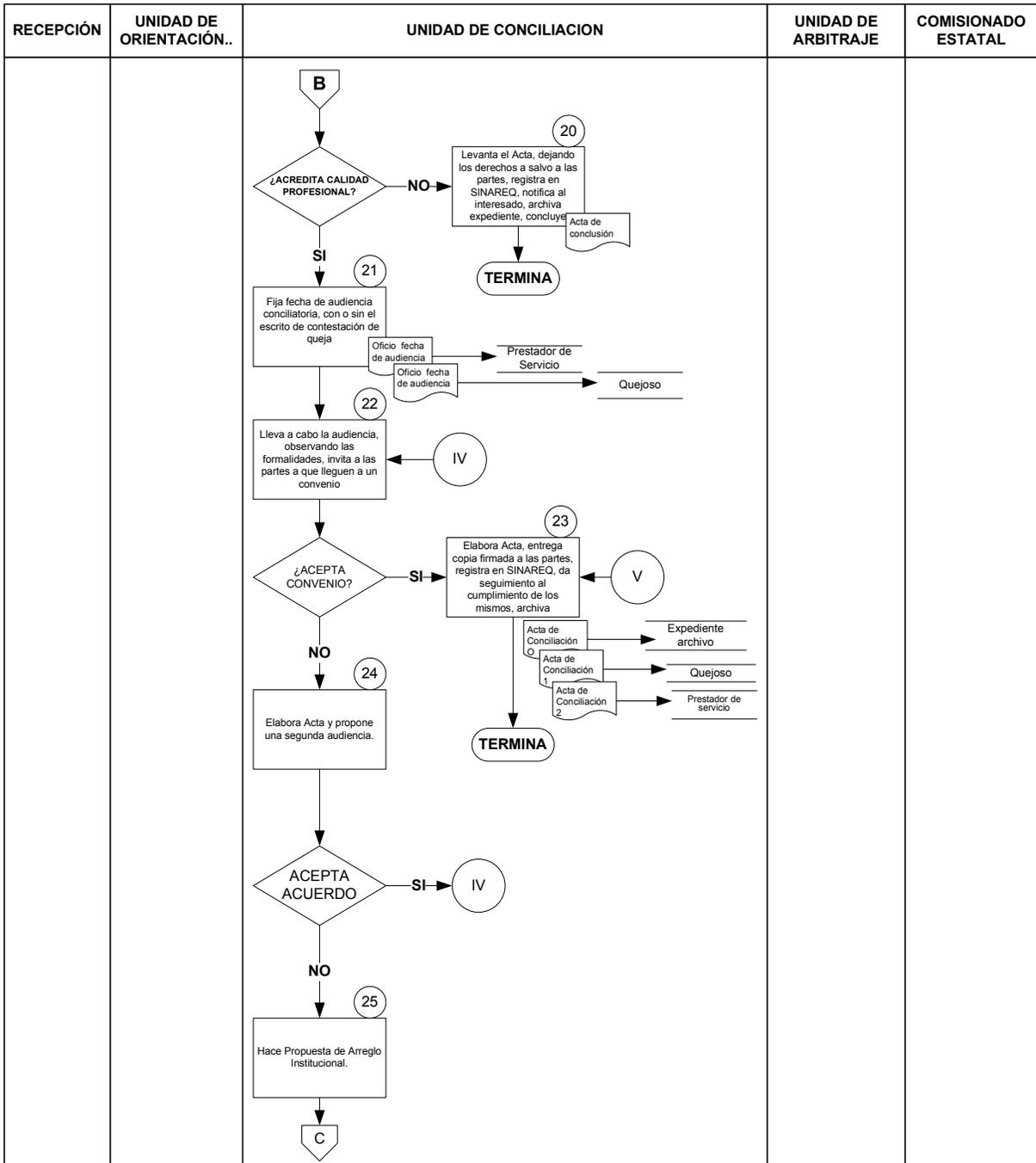


<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>		<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
			4	6

**PROCEDIMIENTO:** Atención de inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud

**AREA:** Médico - Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal



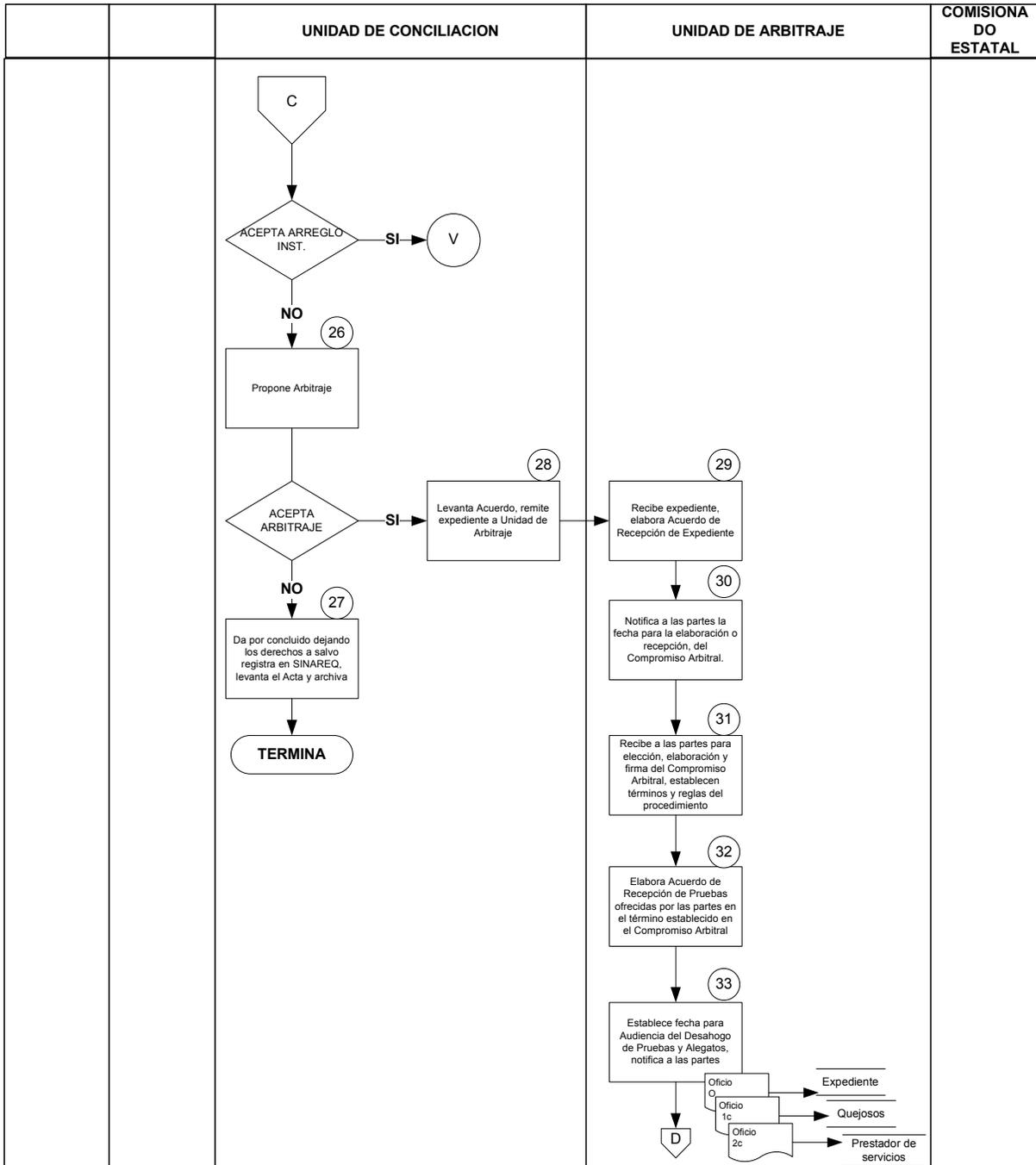


<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>			<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
				5	6

**PROCEDIMIENTO:** Atención de inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud

**ÁREA:** Médico -Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal



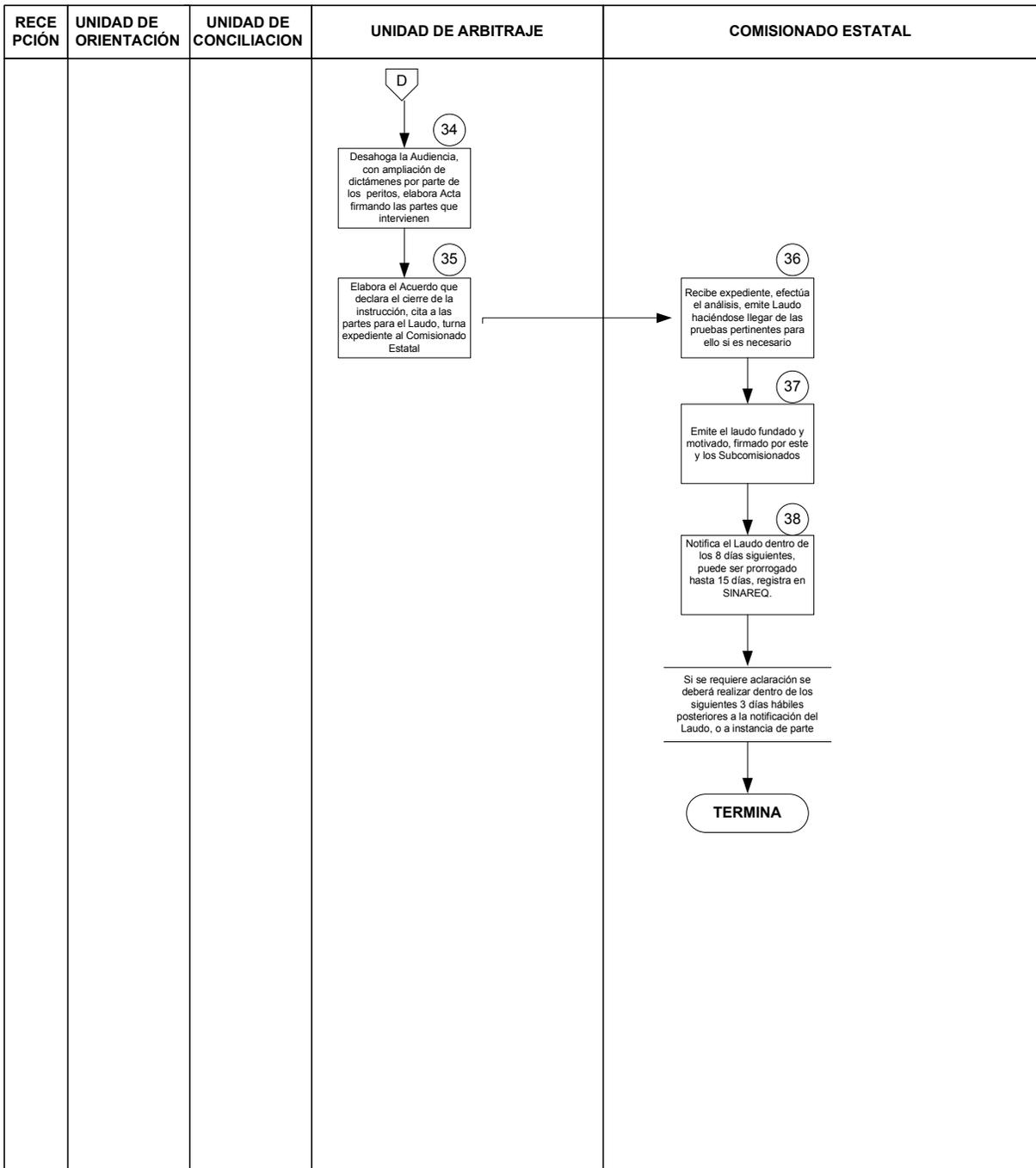


<b>DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>		<b>HOJA</b>	<b>DE</b>
			<b>6</b>	<b>6</b>

**PROCEDIMIENTO:** Atención de Inconformidades y asuntos relacionados con la Prestación de los Servicios de Salud

**ÁREA:** Médico - Jurídica

**DEPARTAMENTO:** Unidades de Orientación, Conciliación, Arbitraje y Comisionado Estatal





## **ANEXOS**

- 1.- Formato de Queja
- 2.- Formato de Bitácora de Asuntos Recibidos
- 3.- Formato de Carnet de Seguimiento Gestión/Queja
- 4.- Formato de Acta de Aceptación



## FORMATO DE QUEJA

### ACTA DE QUEJA

Número de expediente: (1)

Fecha de registro: (2)

#### DATOS DEL USUARIO

Nombre: (3)

Sexo: (4)

Edad: (8)

Domicilio: (5)

Teléfono: (6)

Entidad: (9)

Institución: (7)

Afiliación: (10)

Identificación: (8)

#### DATOS DEL PROMOVENTE

Nombre: (11)

Domicilio: (12)

Causa: (13)

Documento de  
acreditación: (14)

#### PRESTADOR DEL SERVICIO

Nombre: (15)

Domicilio: (16)

Especialidad: (17)

Teléfono: (18)

#### PERSONAL QUE RECIBE Y ATIENDE LA QUEJA

Forma de recepción: (19)

Consultor Médico: (20)

Consultor Jurídico: (21)

SIENDO LAS (22) DEL DIA (23) DE (24) DEL (25), EL SUSCRITO, CON EL CARÁCTER Y DOMICILIO ARRIBA SEÑALADOS, ME PRESENTO ANTE ESTA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO, MANIFIESTO QUE ES MI VOLUNTAD INICIAR TRAMITE DE INCONFORMIDAD EN CONTRA DEL PRESTADOR DE SERVICIO ANTES MENCIONADO, POR ACTOS MÉDICOS QUE PUDIERAN ENTRAÑAR MALA PRÁCTICA.

EN ESOS TÉRMINOS MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE HE SIDO INFORMADO DE LO SIGUIENTE:



- a. EL ARBITRAJE ES UNA INSTITUCIÓN CIVIL, QUE PERMITE LA SOLUCIÓN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS PARTES.
- b. LAS ETAPAS DE PROCEDIMIENTO ARBITRAL ANTE ESTA COMISIÓN ESTATAL, SON DOS: LA CONCILIATORIA EN QUE SE BUSCARA EL AVENIMIENTO DE LAS PARTES, SIN PREJUZGAR SOBRE EL FONDO DE LOS HECHOS Y EN SU CASO, SE PODRÁ OBTENER UN CONVENIO QUE TENDRÁ POR OBJETO DAR FIN A LA CONTROVERSI, EN LOS TÉRMINOS ACORDADOS POR LAS PARTES. LA SEGUNDA ETAPA TENDRÁ POR FINALIDAD BUSCAR EL PRONUNCIAMIENTO ARBITRAL, BAJO LA MODALIDAD QUE ACORDEMOS LAS PARTES (ESTRICTO DERECHO O EN CONCIENCIA).
- c. QUE TRATÁNDOSE DE UN MEDIO ALTERNO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS, LAS REGLAS DEL PROCEDIMIENTO, ESTARÁN SUJETAS, NECESARIAMENTE, A LA ACEPTACIÓN DEL PRESTADOR DEL SERVICIO.
- d. QUE AL COMPROMETER EN ÁRBITROS SE GENERAN OBLIGACIONES PARA LAS PARTES (AJUSTARSE A LO PACTADO PARA EL PROCEDIMIENTO, ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE CECAMED-NAYARIT), EN LA INTELIGENCIA QUE DURANTE SU TRAMITACIÓN NO PODRÁ SER VENTILADA LA CONTROVERSI ANTE OTRA INSTANCIA, POR ELLO MANIFIESTO QUE NO EXISTE JUICIO PENDIENTE DE TRAMITE.
- e. QUE EL ARBITRAJE MÉDICO OPERA BAJO REGLAS DE ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD, POR ELLO EXCEPCIONALMENTE PODRÁ HACERSE PÚBLICA LA INFORMACIÓN Y RESOLUCIÓN ARBITRALES, CUANDO EXISTA INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y SOLO PARA BUSCAR SU CUMPLIMIENTO, DE NINGUNA SUERTE PARA AFECTAR LA IMAGEN PÚBLICA DE LAS PARTES, APELANDO A LAS REGLAS QUE RIGEN EL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO.

DEBIDAMENTE ENTERADO DE LO ANTERIOR, ACEPTO, DE MI LIBRE Y ESPONTÁNEA VOLUNTAD LAS REGLAS ANTERIORMENTE ENUNCIADAS.

CONFORME A LO ANTERIOR MANIFIESTO QUE EL MOTIVO DE LA QUEJA ES.

CON BASE EN LOS SIGUIENTES:

## **HECHOS (26)**

CON APOYO DE LOS HECHOS Y PRECEPTOS JURÍDICOS SEÑALADOS, SOLICITO A ESTA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO INTERVENGA EN MI ASUNTO EN RELACIÓN AL (LOS) PRESTADOR (ES) DE SERVICIOS CITADO (S), REQUIRIÉNDOLE:

**PRIMERA.**- TENER POR PRESENTADA LA INCONFORMIDAD AL TENOR DE LOS HECHOS EXPRESADOS

**SEGUNDA.**- TENER POR ACEPTADAS DE MI PARTE, LAS REGLAS Y CONDICIONES DE LAS QUE HE SIDO INFORMADO EN LOS INCISOS A AL E, DEL PRESENTE ESCRITO.

**TERCERA.**- CONVOCAR AL (LOS) PRESTADOR (ES) DE SERVICIOS PARA LAS DILIGENCIAS ARBITRALES A QUE HAYA LUGAR E INTERPONER SUS BUENOS OFICIOS, A EFECTO DE BUSCAR SOLUCIÓN CONCILIATORIA.

**CUARTA.**- CORRER TRASLADO AL (LOS) PRESTADOR (ES) DE SERVICIOS EN TÉRMINOS DEL PRESENTE ESCRITO, A FIN DE QUE ENTREGUE RESUMEN Y/O EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA ATENCIÓN PRESTADA, EN TÉRMINOS DEL ARTICULO 29 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA.

**QUINTA.**- TENER COMO CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA EFECTOS DE DESAHOGAR MI INCONFORMIDAD.

## **PRETENSIONES HACIA EL PRESTADOR DE SERVICIO (27)**

### **DOCUMENTACIÓN RECIBIDA (28)**

SIENDO TODO LO QUE DESEO MANIFESTAR SE CONCLUYE LA PRESENTE A LAS (29) EN LA CIUDAD DE (30) EN EL DÍA QUE SE ACTÚA.

### **PROTESTO LO NECESARIO (31)**



## GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE QUEJA

1. **No de Expediente.**- Se anotará el número de expediente que le corresponda.
2. **Fecha de Registro.**- Se anotará la fecha en que se levanta la queja.
3. **Nombre.**- Se anotará el nombre y apellidos del quejoso.
4. **Sexo.**- Se anotará el sexo de la persona que interponga la queja.
5. **Domicilio.**- Se anotará el domicilio de la persona que interponga la queja.
6. **Teléfono.**- Se anotará el teléfono de la persona que interponga la queja
7. **Institución.**- Se anotará el nombre de la Institución en la cual le brindaron el Servicio Médico.
8. **Identificación.**- Se anotará el número y con qué clase de identificación se identifica el Quejoso.
9. **Entidad.**- Se anotará el nombre de la entidad en dónde se levanta la queja.
10. **Afiliación.**- Se anotará el número de afiliación a la Institución del Quejoso.
11. **Nombre.**- Se anotará el nombre y apellidos del Promovente en caso de representación legal.
12. **Domicilio.**- Se anotará el domicilio del Promovente en caso de representación legal.
13. **Causa.**- Se anotará la causa de la representación legal.
14. **Documento de Acreditación.**- Se anotará con qué documento acredita la representación legal.
15. **Nombre.**- Se anotará el nombre y apellidos del Prestador del Servicio en contra de quién se interpone la queja.
16. **Domicilio.**- Se anotará el domicilio del Prestador del Servicio en contra de quién se interpone la queja.
17. **Especialidad.**- Se anotará la especialidad del Prestador del Servicio en contra de quién se interpone la queja.
18. **Teléfono.**- Se anotará el teléfono del Prestador del Servicio en contra de quién se interpone la Queja.
19. **Forma de Recepción.**- Se anotará de qué manera se recepciona la queja.
20. **Consultor Médico.**- Se anotará el nombre y apellidos del Servidor Público (Doctor) que recibe la Queja.
21. **Consultor Jurídico.**- Se anotará el nombre y apellidos del Servidor Público (Abogado) que recibe la Queja.
22. **Hora.**- Se anotará la hora en que se recibe la Queja.
23. **Día.**- Se anotará el día en que se recibe la Queja.
24. **Mes.**- Se anotará el mes en que se recibe la Queja.
25. **Año.**- Se anotará el año en que se recibe la Queja.
26. **Hechos.**- Se anotará los hechos narrados por el quejoso en los cuáles se basa para interponer su Queja.
27. **Pretensiones.**- Se anotará qué es lo que le solicita el Quejoso al Prestador del Servicio Médico.



**28. Documentación Recibida.-** Se relacionará cuáles son los documentos que acompaña el Quejoso para acreditar su queja.

**29. Hora.-** Se anotará la hora en que se concluye la Queja.

**30. Ciudad.-** Se anotará la Ciudad en que se concluye la Queja.

**31. Firma.-** Se estampará la firma del Quejoso.



## FORMATO DE BITÁCORA DE ASUNTOS RECIBIDOS

COMISION ESTATAL DE CONCILIACION Y ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE NAYARIT																									
No.	FECHA	HORA	USUARIO	SEXO	EDAD	PRESTADOR	REPRESENTANTE	DOMICILIO	TELEFONO	EXPEDIENTE	MOTIVO INCONFORMIDAD	DIAGNOSTICO	ESPECIALIDAD	INSTITUCION	ORIENTACION	ASESORIA	GESTION QUEJA	CONCILIACION	DICTAMEN	INDIC	TERMINO	DIAS	OBSERVACIONES	MODALIDAD DE CONCLUSION	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									



## GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE BITÁCORA DE ASUNTOS RECIBIDOS

1. **Número de asunto** (Número progresivo del caso recibido una diagonal y los dos últimos dígitos del año que se recibe el asunto).
2. **Fecha de recepción** (día, mes y año).
3. **Hora de recepción** (de 9 a 15 hrs, dos puntos y minutos)
4. **Sexo del usuario** ( F= femenino y M= Masculino)
5. **Edad del usuario** (en años)
6. **Domicilio del usuario** (calle, número colonia y localidad)
7. **Teléfono del usuario** (número del teléfono fijo o móvil donde pueda localizársele)
8. **Representante del usuario** (en su caso anotando parentesco y causa)
9. **Prestador del servicio médico** (nombre y apellidos del Prestador y/o Institución)
10. **Domicilio del prestador del servicio médico** (calle, número y localidad)
11. **Teléfono del prestador del servicio médico** (número del teléfono fijo o móvil donde pueda localizársele)
12. **Número de expediente** (en casos de Gestiones, Quejas y Dictámenes, se elabora con la Inicial del asunto G, Q o D respectivamente seguido del número progresivo correspondiente al asunto en cuestión, diagonal y número en romanos del mes en que se recibe, diagonal y los dos últimos dígitos del año en curso)
13. **Motivo de Inconformidad** (relato de la causa y se califica como por Atención Inicial, de Diagnóstico, Tratamiento Médico, Tratamiento quirúrgico, Atención de parto y/o puerperio, Auxiliares de Diagnóstico, Relación médico-paciente, Otros)
14. **Diagnóstico** Nombre del padecimiento motivo de la atención médica



15. **Especialidad del Prestador:** área de la medicina en la cual se desempeña
16. **Nombre del prestador del servicio** nombre de la Institución Pública o Privada y/o nombre del profesional de la salud
17. **Marcar con X si es Orientación**
18. **Marcar con X si es Asesoría**
19. **Marcar con X si es Gestión**
20. **Marcar con X si es Queja**
21. **Marcar con una X si es Conciliación**
22. **Marcar con una X si es Dictamen**
23. **Fecha de inicio del asunto** (día, mes y año)
24. **Fecha de término del asunto** (día, mes y año)
25. **Número de días de duración del asunto** (total de días hábiles)
26. **Observaciones:** anotar las relevantes
27. **Señalar modalidad de conclusión** (Conciliación, Improcedencia, No conciliación, por falta de interés procesal, por laudo o remitido a CONAMED)





---

## GUIA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DEL CARNET DE SEGUIMIENTO GESTIÓN/QUEJA

1. **Fecha** (día, mes y año).
2. **Número de Expediente** (el asignado por la CECAMED).
3. **Usuario** (Nombre y apellidos del quejoso).
4. **Teléfono del quejoso.** Número telefónico donde se le pueda localizar
5. **Prestador** (Nombre y apellidos del Médico y/o Institución).
6. **Teléfono del Prestador.** Número telefónico donde se le pueda localizar
7. **Motivo de la queja** irregularidad u omisión en la atención a la salud causa del reclamo.
8. **Pretensiones** las de orden civil y factibles de conciliar conforme a nuestro reglamento.
9. **Fecha y Observaciones del seguimiento o trámite realizado** día/ mes/año.



# COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE NAYARIT. **CECAMED**

Colima N° 251, Colonia San Antonio, C. P. 63150

Teléfono y Fax (01-311) 210-32-83

Correo electrónico [cecamed@hotmail.com](mailto:cecamed@hotmail.com)

Ciudad de Tepic, Nayarit

## Exp. CECAMED (1)

### 1.-Datos del Prestador de Servicio.

Nombre.- (2)

Domicilio.- (3)

Colonia.- (4)

Ciudad.- (5)

Teléfono.- (6)

Identificación.- (7)

Cédula de Especialidad.- (8)

El Prestador de Servicio Médico arriba mencionado se presentó en esta Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico y se sirvió manifestar lo siguiente:

“Que una vez que he sido informado por la CECAMED de la naturaleza y alcance del procedimiento arbitral, así como de las vías existentes para la posible solución de la controversia en cuestión, me presento ante esta Comisión y manifiesto mi deseo de llegar a dirimir la queja presentada por la **C. (9)**, en beneficio de ambas partes, para lo cual **acepto sujetarme al procedimiento arbitral de la CECAMED**”.

Con base en lo anterior se procede a levantar la presente declaración de Voluntad por parte del Prestador del Servicio Médico para someterse al Procedimiento Arbitral de esta Comisión, para lo cual, en términos del artículo 7 párrafo segundo del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CECAMED, se le hace saber su obligación de guardar confidencialidad sobre el presente procedimiento hasta la Resolución del mismo, a lo cual el prestador de servicios médicos otorga desde este momento su compromiso



para tal efecto, con la aclaración de que en caso contrario la CECAMED procederá a declinar su conocimiento de la presente queja, dejando a salvo las acciones y derechos de las partes para que los ejerciten en la vía, forma, oportunidad y tiempo que estimen pertinente para ello.

Acto continuo, se hace del conocimiento al prestador de servicios médicos **Doctor (10)** que a partir de esta fecha en la que firma su aceptación del procedimiento ante la CECAMED, dispondrá de un término de 9 (nueve) días hábiles para presentar la siguiente documentación:

- Escrito que contenga resumen clínico y/o en su caso Copia del Expediente Clínico de la atención brindada a la paciente
- Escrito de contestación a la queja refiriéndose a todos y cada uno de los hechos señalando los que afirme, los que niegue y los que ignore por que no le sean propios, precisando además, en su caso, sus propuestas de arreglo.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los artículos 55 al 60 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas de la CECAMED; así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-168 del expediente Clínico en su Numeral 5.6.. Para lo no previsto en el Reglamento de Procedimientos de la CECAMED, en cuanto al procedimiento, según su artículo 22 se estará a lo dispuesto en el Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Nayarit.

Acepto someterme al Procedimiento Arbitral de la CECAMED.

**Tepic, Nayarit; (11) de (12) de 2010**

---

**DR. (13)**



## **GUIA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE ACTA DE ACEPTACIÓN**

- 1. Número de Expediente** (el asignado por la CECAMED).
- 2. Usuario** (Nombre y apellidos del Prestador del Servicio).
- 3. Domicilio del Prestador del Servicio.**
- 4. Colonia del Prestador del Servicio.**
- 5. Ciudad del Prestador del Servicio.**
- 6. Teléfono del Prestador del Servicio.**
- 7. Identificación (IFE) Prestador del Servicio.**
- 8. Cédula de Especialidad del Prestador del Servicios Médico.**
- 9. Nombre del quejoso.**
- 10. Nombre del Prestador del Servicio Médico.**
- 11. Día**
- 12. Mes**
- 13. Firma del Prestador del Servicio Médico**



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**ACUERDO:** Resolución de trámite emitido por la CECAMED que no resuelve el fondo del asunto;

**AMIGABLE COMPOSICIÓN.-** Procedimiento para el arreglo de una controversia entre un usuario y un prestador de servicio de salud oyendo las propuestas de CECAMED;

**ARBITRAJE.-** Actividad jurisdiccional desarrollada por los árbitros para resolver el conflicto de intereses que les ha sido sometido por partes;

**ARBITRAJE EN CONCIENCIA.-** Procedimiento mediante el cual se resuelve el fondo del litigio, en equidad, con arreglo a los principios científicos y éticos de la práctica médica;

**ARBITRAJE EN ESTRICTO DERECHO.-** Resuelve el fondo del litigio, debiéndose razonar fundar y motivar con arreglo a las disposiciones en vigor;

**ASESORÍA.-** Actividad que tiene por objeto informar a los Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud sobre los fundamentos médico-jurídicos de su inconformidad, y con base en ellos sugerir la mejor vía de solución conforme a sus pretensiones;

**AUDIENCIA.-** Es la diligencia en la cual son oídas las partes;

**AUTO.-** Conjunto de las constancias escritas relativas al expediente de la queja;

**CECAMED.-** La Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico; (También se podrá utilizar el Término **Comisión** para definirla);

**CÉDULA.-** Documento destinado a llevar a efecto una notificación;

**CLAUSULA COMPROMISORIA.-** La establecida en cualquier contrato de prestación de servicios profesionales o de hospitalización, a través de la cual las partes designen competente a CECAMED para resolver las diferencias que puedan surgir con ocasión de dichos contratos, mediante la conciliación o el arbitraje;

**COMPROMISO ARBITRAL.-** El instrumento otorgado por partes capaces y en pleno ejercicio de sus derechos civiles por el cual designen a CECAMED para la resolución del procedimiento arbitral; determinen el negocio sometido a su conocimiento; acepten las reglas de procedimiento fijadas en el presente Reglamento o, en su caso, señalen reglas especiales para su tramitación;



**CONCILIACIÓN.-** Etapa del proceso arbitral por medio del cual las partes intervienen en una controversia, donde, acuerdan libre y voluntariamente resolverla con la intervención de un tercero imparcial;

**CONVENIO.-** Acuerdo de dos o más personas destinado a modificar o extinguir derechos y obligaciones;

**CONVENIO DE TRANSACCIÓN.-** Acuerdo en virtud del cual las partes, mediante recíprocas concesiones, ponen término a una controversia presente o previenen una futura;

**DECRETO.-** El Decreto Número 8292 por el que se crea CECAMED, publicado el Sábado 16 de Diciembre del 2000 en su edición Número 49 en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Nayarit;

**DICTAMEN.-** Informe pericial de CECAMED, precisando sus conclusiones respecto de alguna cuestión sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones;

**GESTIÓN.-** Actividad mediante la cual se trata de solucionar el problema planteado por el Usuario del Servicio de Salud de una manera ágil;

**IRREGULARIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.-** Todo acto u omisión en la atención a la salud que contravenga las disposiciones que la regulan, incluidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

**LAUDO.-** Es el acto por medio del cual CECAMED resuelve las cuestiones sometidas a su conocimiento a través del compromiso arbitral;

**LITIGIO.-** Pleito, controversia o contienda judicial;

**NEGATIVA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.-** Todo acto u omisión contrario a las normas que rigen la atención médica, por el cual se rehúsa la prestación de servicios obligatorios;

**NOTIFICACIÓN.-** Acto mediante el cual se hace saber una resolución a la persona a la que se reconoce como interesada en su conocimiento, o se le requiere para que cumpla un acto procesal;

**OFICIO:** Comunicación escrita referente a los asuntos de las administraciones públicas;

**OPINIÓN TÉCNICA.-** Dictamen emitido por CECAMED, de oficio, para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, especialmente en asuntos de interés general;



**ORIENTACIÓN.-** Actividad mediante la cual se atienden los planteamientos que el Usuario del Servicio Médico formula de manera personal, telefónica, o mediante correo electrónico sobre diversos aspectos entre ellos, ubicación de la Comisión, qué hace?, sus atribuciones y cuáles son los requisitos para presentar una Queja?

**PARTES.-** Quienes hayan decidido someter su controversia, mediante la suscripción de una cláusula compromisoria o compromiso arbitral, al conocimiento de CECAMED;

**PRESTADORES DE SERVICIO EN EL ÁREA DE LA SALUD.-** Todos aquellos profesionales, técnicos o auxiliares que de manera privada o pública que presten sus servicios en el área de la salud;

**PRINCIPIOS CIENTÍFICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA.-** El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo;

**PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA.-** El conjunto de reglas bioéticas y deontologías universalmente aceptadas para la atención médica;

**PRUEBA DOCUMENTAL.-** La que se hace por medio de documentos, públicos o privados, o por algún otro elemento material susceptible de facilitar la de algún hecho o acto;

**PRUEBA INSTRUMENTAL.-** La que se hace por medio de las actuaciones formadas con motivo de la queja levantada;

**PRUEBA PERICIAL.-** Es la que se lleva a efecto mediante el dictamen de peritos;

**PRUEBA PRESUNCIONAL.-** Es la consecuencia que la ley o el Juez deduce de un hecho conocido para averiguar la verdad o afirmar la existencia de otro desconocido; la primera se llama legal y la segunda humana;

**QUEJA.-** Petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de CECAMED en razón de impugnar la negación injustificada de servicios médicos, o la negligencia, impericia o dolo en su prestación;

**RADICACIÓN.-** Acuerdo mediante el cual se da por recibida la Queja y se inicia el procedimiento;

**SERVICIOS MÉDICOS.-** Se entiende como tal las acciones, actos, prácticas y en general las actividades médicas con consecuencias sobre la salud del usuario;



**SECRETARÍA.-** La Secretaría de Salud;

**USUARIO.-** Toda persona que requiera u obtenga servicios médicos.



## AUTORIZACIÓN

**El presente Manual de Procedimientos fue elaborado por:**

**Dr. José Adrián Ledesma Velasco**

*Jefe de la Unidad de Orientación*

**Lic. Juan Trejo Peña**

*Asesor Jurídico de la Unidad de Orientación*

**Lic. Ulises Bautista Nungaray**

*Asesor Jurídico de la Unidad de Conciliación*

**Dirigidos por:**

**Lic. Juan Manuel Ramírez de la Torre**

*Subcomisionado Jurídico*

**Autorizado por:**

**Dr. Mario Manuel Bertrand Parra**

*Comisionado Estatal*



**Autorizado Por:**

**H. Consejo CECAMED**

**Dr. Mario Manuel Bertrand Parra**  
*Presidente del Consejo*

**Lic. Elías García Ortega**  
*Secretario Técnico*

**Consejeros:**

Dra. Consuelo Rojas García

Lic. en Enf. María Evelina Flores Rosales

Dr. Oscar César Montaña Sandoval

Dr. Víctor Manuel Toledo Ramírez

Dra. María Magdalena Ruíz Rivera

Q.F.B. Rosa Elena Vargas Valdéz

Dr. Sergio Varela Vidales

C.D. Gustavo Manuel Yerena Galeana

Dra. Ana Elizabeth Navarro Hernández

Lic. María Martha Martínez Estrada

Dra. Karla Estrada Madrigal

Marakame José Muñoz Evangelista

