

## La CONAMED a XV años de su creación. Reflexiones desde la academia

### CONAMED XV years on from its creation. Academic Reflections

José Narro-Robles,<sup>1</sup> Carolina Zepeda-Tena<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Hace quince años se dio un paso importante para fortalecer el sistema de salud del país, con la oportuna creación de la CONAMED en 1996. Hasta antes de su establecimiento, los conflictos entre usuarios y prestadores de salud se resolvían en última instancia en los juzgados, lo que representaba tiempo prolongado y costos elevados para ambas partes, o en la CNDH, cuyos objetivos son diferentes a conciliar y a resolver disputas entre pacientes y prestadores de servicios. La CONAMED se organizó como respuesta a la necesidad de menguar las amenazas contra el deterioro de la relación médico-paciente y como un mecanismo para asegurar la calidad de los servicios de salud. Dicha calidad depende de factores objetivos, como la preparación de los profesionales de la salud, y de elementos subjetivos como la comunicación y la confianza que se consigue entre el paciente y su médico. Hoy en día resulta difícil ser un buen médico debido a la exposición a diversos factores que incrementan las posibilidades de cometer un error. Los errores médicos inciden sobre la calidad de la atención y ésto da origen a conflictos entre usuarios y prestadores de servicios. A quince años de su creación, la CONAMED se puede evaluar favorablemente. Sin embargo, existen limitaciones e inconvenientes que restringen su desarrollo. El cambio principal tiene que orientarse a la conformación de un verdadero "Ombudsman de la Salud". Un organismo

que cuente con las atribuciones, organización y recursos que le permitan proponer políticas de salud y supervisar su cumplimiento.

**Palabras clave:** CONAMED, calidad de la atención, relación médico-paciente, conflicto médico-paciente, errores médicos, responsabilidad profesional, profesionalismo, ética médica, comunicación, México.

#### ABSTRACT

Fifteen years ago, an important step was taken in improving the Mexican healthcare system, with the creation of CONAMED in 1996. Until it was set up, conflicts between patients and health service providers were resolved in the courts as a last resort. This meant a protracted timescale and high costs for both sides. Another option was through the CNDH, whose objectives were different from conciliating and resolving disputes and service. CONAMED was set up as a response to the need to reduce threats to the doctor-patient relationship deteriorating and as a mechanism to ensure the quality of health services. This quality depends on objective factors, such as the level of preparation of health professionals, and subjective elements such as communication and trust which are achieved between patient and doctor. Nowadays, it is difficult to be a good doctor due to

<sup>1</sup> Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

exposure to several factors which increase the chances of errors being made. Medical errors affect the quality of care and this leads to conflicts between patients and service providers. Fifteen years on from its creation, CONAMED can look upon itself favorably. However, there are limitations and obstacles holding back its development. The main change must be aimed at the reconciliation of a genuine "Health Services Ombudsman". An

organism with the powers, organization and resources enabling it to put forward healthcare policies and supervise their performance.

**Key words:** CONAMED, quality of health care, doctor-patient relationship, physician-patient dispute, medical error, professional liability, professionalism, medical ethics, communication, Mexico.

## INTRODUCCIÓN

Hace quince años se dio un paso importante en el fortalecimiento de nuestro sistema de salud. En efecto, la oportuna creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 1996 por el entonces Secretario de Salud, doctor Juan Ramón de la Fuente, fue un auténtico acierto. Ese hecho representó un avance en la configuración de nuestra política pública en materia de salud y en particular en lo que se refiere al derecho a la protección de la salud tutelado por nuestra Constitución desde hace casi 30 años.

Hasta antes del establecimiento de la Comisión, los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud se resolvían en última instancia en los juzgados o en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), dependiendo del tipo de asunto en discusión y de los actores que intervenían en él, particulares o instituciones. Por supuesto que los procesos judiciales reclaman tiempo prolongado y costos elevados para las partes, mientras que en el caso de la CNDH su objetivo no es conciliar entre particulares ni tampoco resolver diferencias entre pacientes y prestadores de servicios.<sup>1</sup>

Durante la primera mitad de la última década del siglo pasado, se habían acumulado muchas presiones en la relación entre médicos y pacientes. De hecho, la influencia del modelo seguido por nuestros vecinos del Norte amenazaba con imponerse en nuestro país, con las consecuencias previsibles sobre los costos de la atención y en especial sobre el deterioro en dicha relación. No debe extrañar entonces el reclamo de grupos de profesionales que veían con preocupación esas amenazas.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico se levantó entonces como una respuesta a esa necesidad y como un mecanismo para asegurar la calidad de los servicios que se prestan en materia de salud en el país.<sup>2</sup> Esas dos dimensiones, la del examen y resolución de los diferendos entre médicos y pacientes y la de la calidad de la atención, han estado presentes en los programas desarrollados por la institución durante los últimos tres lustros. La celebración de la efeméride es una buena

oportunidad para hacer algunas consideraciones sobre los logros de la medida.

### Algunos datos cuantitativos

A lo largo de su existencia, la CONAMED ha tenido cuatro comisionados y cinco han sido los titulares de la Secretaría de Salud de quienes ellos han dependido. Puede decirse con certeza que ha habido continuidad en los trabajos, que el rumbo ha sido claro y que no se han registrado cambios bruscos que lo hayan afectado.

Los asuntos cuantitativos de los que se puede dar cuenta no son menores. Entre junio de 1996 y diciembre de 2010 se atendieron un total de 221,239 asuntos.<sup>2</sup> Esto equivale a 40 asuntos por día natural en promedio. De ellos, la mayor parte, 136,181 (61.6 por ciento) correspondieron a orientaciones y 46,584 (21 por ciento) a asesorías especializadas. Las quejas documentadas constituyeron el tercer tipo de servicio demandado con 23,677 casos o el 10.7 por ciento, en tanto que las gestiones inmediatas (8,876 casos) y las solicitudes de dictámenes con 5,921 peticiones, dieron cuenta del 6.3 por ciento restante. Para poner en su justa dimensión estas cifras, conviene recordar que sólo durante 2010 en las instituciones públicas de salud se otorgaron más de 300 millones de consultas, o que se registraron 5.5 millones de egresos hospitalarios y 3.6 millones de intervenciones quirúrgicas.<sup>4</sup>

Del total de asuntos recibidos en la CONAMED, sólo 1,083 se encontraban pendientes de resolución al 31 de diciembre de 2010, lo que implica un avance de más de 99.5 por ciento en el cumplimiento de la tarea. La Dirección General de Conciliación fue la responsable de la atención de casi todas las quejas que se documentaron. En esta serie así se demuestra, salvo en 188 casos. Durante el periodo analizado, 20,830 quejas (88.7 por ciento) fueron concluidas y sólo 901 (3.8 por ciento) estaban pendientes de resolución. El 7.5 por ciento restante corresponde a los 1,758 casos que se turnaron para arbitraje.

Por su parte, la Dirección General de Arbitraje recibió tanto las quejas enviadas por la Dirección General de Conciliación, como las 156 que se le hicieron llegar por la vía de las comisiones estatales de arbitraje médico. Por ello, el total ascendió a 1,914 de las cuales sólo 109 ó el 5.7 por ciento, se encontraban en proceso al 31 de diciembre de 2010. De las 1,805 quejas concluidas, en 622 casos se produjo un laudo, en 255 se suscribió un convenio de conciliación, en 132 se elaboró una propuesta de arreglo y 25 asuntos se resolvieron por vía del sobreseimiento. En los otros 771 casos se declaró la falta de interés procesal.

### **CONAMED y la calidad de la atención**

Como se señaló, uno de los objetivos al momento de establecer la Comisión fue el de mejorar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.<sup>2</sup> Entre muchos otros, la calidad depende de factores objetivos como la preparación de los profesionales de la salud, al igual que de elementos subjetivos como la comunicación y la confianza que se consigue entre el paciente y su médico.

No hay duda de lo complejo que resulta hoy en día ser un buen médico. Para empezar, no se puede ser sin tener una buena preparación y sin estar actualizado en el manejo de los elementos diagnósticos, preventivos y terapéuticos que están disponibles para la atención de un paciente. La cantidad de información que se requiere manejar, las particularidades de cada caso, las expectativas de la sociedad, el acceso de pacientes, familiares y amigos a la información médica y una serie de restricciones como el tiempo disponible, las condiciones del sitio de la atención, la heterogeneidad del equipamiento y los servicios complementarios disponibles, hacen cada vez más complicado el papel del profesional de la medicina.

Es innegable que con frecuencia se enfrentan situaciones de urgencia, fatiga y estrés que incrementan las posibilidades de cometer un error que afecte al paciente, mismas que aumentan cuando son reiteradas. Los errores médicos obviamente inciden sobre la calidad de la atención y ésto da origen a conflictos entre usuarios y prestadores de servicios.

En el análisis de los errores médicos, es imprescindible examinar y evaluar tanto al médico como a la institución.<sup>5</sup> Es claro que la atención a la salud se lleva a efecto en un escenario complejo y heterogéneo, donde la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso es alta. Hoy nadie niega que los errores y las condiciones fortuitas de orden negativo se registran con frecuencia al interior de un hospital y que pueden causar daño a un paciente e incluso su muerte.

Hace algo más de una década, el Instituto de Medici-

na de los Estados Unidos de América publicó un reporte en el que se describían los numerosos factores que intervienen para que se produzca un error.<sup>6</sup> Para que eso suceda, se requiere que al menos uno de los profesionales de la salud actúe erróneamente. Con frecuencia la responsabilidad por los daños originados recae en ese profesional. Sin embargo, es evidente que también existen los que en el informe se identifican como errores latentes,<sup>5, 7</sup> que no son sino aquellas condiciones y características del sistema, que favorecen el desarrollo de patrones de trabajo inconvenientes que, con toda probabilidad, resultarán en errores médicos.

Al respecto, debe hacerse notar que en el origen de dichos errores médicos, cuando existe un descuido, un juicio equivocado, una omisión evidente, o incluso un acto negligente, el profesional involucrado debe asumir su responsabilidad. Ésto debe diferenciarse de cuando el problema se registra por las condiciones del sistema y a pesar de la intervención de profesionales competentes y comprometidos.

La evaluación de los niveles de adquisición de conocimientos y habilidades durante la formación del médico, debe fortalecerse para disminuir los errores por impericia o falta de conocimiento. De esta forma será posible reducir los riesgos generados por esa condición. Mucho se ha avanzado al respecto. Es imposible dejar de reconocer, por ejemplo, el papel que han tenido los consejos de las especialidades médicas y la propia Academia Nacional de Medicina al respecto.<sup>8</sup> Los procesos de certificación y recertificación de especialistas han influido en la superación de la calidad de la atención médica, han contribuido a garantizar la competencia de los especialistas y han mejorado la confianza de los pacientes y sus familiares.<sup>9</sup>

Por otra parte, el establecimiento, en escuelas de medicina y algunos centros hospitalarios, de unidades equipadas para facilitar la práctica repetida de las habilidades médicas, quirúrgicas e instrumentales que se requiere en el ejercicio profesional, está generando cambios de fondo en la formación académica y en la evaluación, tanto del juicio médico, como de las capacidades prácticas que ha adquirido el estudiante.<sup>10</sup> Ésto deberá impactar favorablemente en la calidad de la atención que se ofrece.

En la actualidad se reconoce que un problema frecuente que da origen a los conflictos que se registran entre médicos y pacientes, es el que se origina por la comunicación deficiente entre ellos, lo que ocasiona una relación deteriorada.<sup>11, 12</sup> De hecho, se puede asegurar que en las últimas cuatro décadas la relación médico-paciente ha cambiado más que en los 25 siglos previos.<sup>13</sup>

Diversos elementos de esa relación permanecieron prácticamente sin modificación al paso del tiempo desde la era hipocrática. Aun más, todavía al inicio del siglo

pasado, la relación paternalista dominó a la medicina occidental. El médico tomaba las decisiones y el paciente las aceptaba dócilmente porque reconocía que era por su bien. A partir de la segunda mitad del siglo XX, la situación se transformó radicalmente. En especial en nuestro medio, el médico dejó de ser un profesional aislado y pasó a ser parte de un equipo y de una institución.<sup>14, 15</sup>

De esta forma se volvió dependiente de presupuestos, lineamientos y de una burocracia que se le impuso y que limitó su autonomía. Las largas jornadas laborales y el número de pacientes que debía atender, condicionaron que al médico le faltara tiempo para escuchar al paciente y a sus familiares, que su capacidad de reflexión se mantuviera en el nivel indispensable y que tomara distancia del sufrimiento de sus pacientes y de sus intereses. A su vez, la sociedad ganó en información y conocimiento; exigió responsabilidad, transparencia y altos estándares profesionales; además de que consiguió una mayor autonomía.

Todo eso originó que las características de la relación entre médicos y pacientes se transformara. Dejó de ser vertical y autoritaria y pasó a ser horizontal y participativa. El cambio ha traído aspectos positivos ya que ahora se toman en cuenta los valores, las decisiones y los intereses de los pacientes, pero también hay que reconocer que ha distanciado al médico de sus pacientes.

Lo anterior hace ver que es conveniente que en la preparación de los médicos, en el pregrado y en el posgrado, se incorporen los elementos de bioética y comunicación humana que requieren los nuevos enfoques.<sup>16, 17</sup> Conviene recordar que hace menos de una década, Tena Tamayo y Juárez Díaz reportaban que menos del 20 por ciento de los planes de estudio de la carrera de medicina incluía contenidos explícitos de ética médica.<sup>18</sup>

#### *Limitaciones de la CONAMED*

Tres lustros después de su establecimiento, la CONAMED puede ser evaluada favorablemente. Sin embargo, existen limitaciones e inconvenientes que restringen su desarrollo. Estamos en el momento de revisarlos para elaborar las propuestas de cambio que permitan fortalecer esta figura de la legislación sanitaria nacional. La aspiración que debe guiar los cambios tendrá que apuntar a la conformación de un verdadero "Ombudsman de la Salud". Un organismo que cuente con las atribuciones, organización y recursos que le permitan proponer políticas de salud y supervisar su cumplimiento.

En la actualidad el marco jurídico de la Comisión es limitado. A lo más podemos referirnos al decreto de creación, a su reglamento interno y a algunos procedimientos publicados en el Diario Oficial de la Federación.

En razón de que no existe ningún ordenamiento con categoría jurídica de ley que le otorgue las atribuciones, sus resoluciones no son vinculatorias, sus intervenciones están sujetas a la voluntad de las partes, además de que su participación frente a las instancias públicas y privadas está en el ámbito de la buena fe.

En virtud de lo anterior, la Comisión carece de facultades para incidir de forma contundente en la calidad de los servicios de salud y en la práctica de nuestra profesión. Las propias opiniones técnicas que emite, por documentadas y certeras que sean, son escuchadas, pero no necesariamente acatadas porque carecen de fuerza legal. Se puede asegurar que el instrumental jurídico del que se dotó en 1996 a la CONAMED, fue pertinente para su creación y despegue inicial, pero también que quince años más tarde es una limitante. Como en otras áreas de nuestra vida colectiva: el modelo dio lo que podía dar y ya no es eficiente para cumplir con las necesidades actuales.

Conviene referir dos restricciones adicionales. Por un lado el desconocimiento del papel y alcances de la Comisión por parte de los profesionales de la salud, en especial de los integrantes del gremio médico, con el consecuente deterioro en los niveles de aceptación y confianza. En segundo término, el hecho de que, al tratarse de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la CONAMED sólo cuenta con autonomía técnica, pero no orgánica y tampoco política. De hecho hay una subordinación jerárquica que dificulta su desempeño y que hace que en la realidad sea juez y parte en muchas ocasiones, o que no pueda opinar con libertad sobre tópicos en los que la Secretaría está involucrada.

#### *Una propuesta para fortalecer a la CONAMED*

La CONAMED es un organismo indispensable, que cuenta con la madurez y la capacidad requeridas para mediar en los conflictos que surgen en la práctica médica, en la pública y también en la privada. La Comisión no debe perder lo que ha ganado, debe conservar y consolidar, por ejemplo, su función arbitral y conciliadora en la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud, al igual que entre los primeros y las instituciones.

Al mismo tiempo, debe avanzar en varias direcciones. Por ejemplo, debe tener mayor proyección entre los trabajadores de la salud y sus organizaciones, las gremiales, las académicas y las profesionales. De igual manera, el ámbito de la educación médica y áreas afines debe ser motivo de su interés. Los aspectos bioéticos, los del humanismo, de la comunicación y del conocimiento del papel de la Comisión, deben ser promovidos en las universidades. También los asuntos relativos a la educación

continua, al aprendizaje y el uso pertinente de las nuevas tecnologías, deben formar parte del interés y los programas de la CONAMED.

Otro enfoque que conviene seguir es el del análisis de la responsabilidad de los tomadores de decisión y de los administradores de los servicios y los programas de salud. Detrás de un desacierto o de un error médico, en la base de una mala relación médico-paciente, es posible encontrar fallas de trabajadores que no entran en contacto directo con los pacientes e incluso, equívocos y desatinos que se pueden atribuir a los mandos superiores de las instituciones. Es indispensable que la CONAMED adopte un modelo de análisis más sistémico.

Por otra parte, ha llegado el momento de impulsar la transformación de fondo de la Comisión. Se debe conseguir que en el Congreso de la Unión se discuta y promulgue una ley que constituya a la CONAMED en un organismo público descentralizado, no sectorizado, que le confiera las atribuciones, la autonomía y la personalidad y el patrimonio jurídico propios que requiere para tener el papel de "Ombudsman de la Salud" de nuestro país. De esta forma, las recomendaciones que surgieran de su seno serían vinculantes y las autoridades sanitarias, al igual que las instituciones prestadoras de servicios de salud, tendrían que acatarlas.

Por cierto que también, la forma de designar al titular de una Comisión como la que se propone, debe transformarse de manera radical. Por supuesto que la facultad de hacer el nombramiento no debe recaer en el titular del Ejecutivo Federal, pero tampoco en el legislativo. Ya hemos visto lo que pasa con asuntos delicados en los que termina dominando la política.

Creo que para ensayar una fórmula distinta, convendría que, a partir de una terna propuesta por el titular del Ejecutivo Federal, se conforme un "Consejo de Designación" presidido por el Presidente de la Academia Nacional de Medicina e integrado además por representantes de las academias mexicanas de Ciencias y de Cirugía, de El Colegio Nacional, de las cámaras de Diputados y de Senadores, de la Secretaría de Salud, de la ANUIES, del Poder Judicial de la Federación, así como del sector empresarial y de las organizaciones no gubernamentales con interés en el campo de la salud.

Parece mentira, pero en sólo 15 años México se ha transformado y mucho. Pasamos de la etapa de partido único a la democracia con alternancia en el poder. La pluralidad de la sociedad se expresa ahora con mayor intensidad. La mortalidad infantil disminuyó casi a la mitad.<sup>19</sup> El número de muertes por diabetes mellitus y cáncer aumentó significativamente, en 133 y 45 por ciento respectivamente.<sup>20</sup> La propia población aumentó en ese lapso en más de 21 millones de habitantes,<sup>21, 22</sup> lo que

equivale a la población de Australia, o a la suma de la que corresponde a El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.<sup>23</sup> Por todo esto, la Comisión y su tarea deben también cambiar. Ese es el reto y de todos depende que podamos alcanzar el objetivo.

**\*\***Al momento de enviar a publicación la Cámara de Diputados ha aprobado la propuesta de Ley sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica, la cual, entre otros atributos, concede a la CONAMED el carácter de organismo descentralizado de la administración pública federal, sectorizado en la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, operativa y de decisión, así como personalidad jurídica y patrimonio propios. Ha sido enviada al Senado de la República para su consideración y efectos constitucionales.

## REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Derechos Humanos (México). Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Diario Oficial de la Federación, 29 de junio de 1992. México.
2. Secretaría de Salud (México). Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación, 3 de junio de 1996.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reseña estadística de la atención de inconformidades en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996-2010. [Acceso 24-02-2012]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/estadística/pdf/resena\\_estadística\\_1996-2010.pdf](http://www.conamed.gob.mx/estadística/pdf/resena_estadística_1996-2010.pdf)
4. Presidencia de la República. México. Cuarto Informe de Gobierno. Anexo estadístico. Estadísticas nacionales. Igualdad de Oportunidades. [24-02-2012]. Disponible en: [http://cuarto.informe.gob.mx/pdf/Anexo\\_Estadístico/2\\_3.pdf](http://cuarto.informe.gob.mx/pdf/Anexo_Estadístico/2_3.pdf)
5. Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM, Rivera-Cisneros AE, Hernández-Gamboa LE. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica : algunas reflexiones en torno. Rev Med IMSS. 2003; 41(5): 407-413.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (ed.) To err is human : building a safer health system. Washington, DC : National Academy Press; 2000. 287 p.
7. Brenner S. The Institute of Medicine Report on Medical Errors : could it do harm? N Engl J Med. 2002; 342(15): 1123-1125.
8. Villalpando Casas JJ. ¿Qué son y qué no son los consejos de certificación de médicos especialistas? [Acceso 24-02-2012]. Disponible en: <http://www.conacem.org.mx/files/quesonconsejos.pdf>
9. Brennan TA, Horwitz RI, Duffly FD, Cassel CK, Goode



- LD, Lipner RS. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA*. 2004; 292: 1038-1043.
10. Ramírez-Solís ME, Rodríguez-Suárez J. La enseñanza médica como medida educativa para disminuir el riesgo y costo del error médico. *Rev CONAMED*. 2007; 12(4): 4-8.
  11. Tena-Tamayo C, Sánchez González JM. Génesis del conflicto médico-paciente. *Rev SOMAIS*. 2005; 1(1): 13-17.
  12. Sánchez-González JM, Rivera-Cisneros AE, Hernández-Gamboa LE, Villegas-Ríos MJ, Casares-Queralt S. La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la ética médica. *Calimed*. 2002; 8(1): 21-27.
  13. Lázaro J. Doctors' status: changes in the past millennium. *Lancet*. 1999; 354: SIV17.
  14. Rivera-Cisneros AE, Sánchez González JM. Abordaje reflexivo de la relación médico-paciente asociada a la calidad de la atención médica. *Calimed*. 2004; 10(1): 83-88.
  15. Dunning AJ. Status of the doctor — present and future. *Lancet*. 1999; 354: SIV18.
  16. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291(19): 2359-2366.
  17. Alonso GM, Kraftchenko BO. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2003; 17(1): 39-46.
  18. Tena-Tamayo C, Juárez-Díaz, N. Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS*. 2003; 41(6): 461-463.
  19. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [Acceso 24-02-2012]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193).
  20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. Mortalidad. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>.
  21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 1995. [Acceso 24-02-2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv1995/default.aspx>.
  22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda, 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
  23. United Nations. World population prospects : the 2010 revision. [Acceso 24-02-2012]. Disponible en: <http://esa.un.org/wpp/Documentation/publications.html>.