

Mecanismos alternos de solución de controversias en la relación médico-paciente

Diana S. Vázquez-Sotelo 

Servicio de Pediatría, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de los mecanismos alternos de solución de controversias (MASC) en la resolución de conflictos médico-paciente. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura (2001-2023) sobre la aplicación de MASC en el ámbito sanitario. **Resultados:** Los MASC demostraron ser una herramienta eficaz para resolver disputas de manera más rápida y confidencial, preservando la relación médico-paciente y mejorando la calidad de la atención. **Conclusiones:** Los MASC se posicionan como una alternativa viable y beneficiosa a los procesos judiciales tradicionales, contribuyendo a un entorno de salud más colaborativo y satisfactorio para todas las partes involucradas.

PALABRAS CLAVE: Médico. Paciente. Relación. Conflicto. Negociación.

Alternative dispute resolution mechanisms in the doctor-patient relationship

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of alternative dispute resolution (ADR) in resolving doctor-patient conflicts. **Material and methods:** A systematic review of the literature (2001-2023) on the application of ADR in the healthcare field was conducted. **Results:** ADR proved to be an effective tool for resolving disputes more quickly and confidentially, preserving the doctor-patient relationship and improving the quality of care. **Conclusions:** ADR are positioned as a viable and beneficial alternative to traditional judicial processes, contributing to a more collaborative and satisfactory healthcare environment for all parties involved.

KEYWORDS: Doctor. Patient. Relation. Conflict. Negotiating.

Correspondencia:

Diana S. Vázquez-Sotelo
E-mail: dianasureima@gmail.com

Fecha de recepción: 17-01-2025

Fecha de aceptación: 31-03-2025

DOI: 10.24875/GMM.25000016

Gac Med Mex. 2025;161:435-440

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El presente estudio introduce al lector en el ámbito de los mecanismos alternativos de solución de controversias (MASC), herramientas jurídicas que, en su carácter voluntario y alternativo o complementario al sistema judicial, buscan la resolución de conflictos. Su aplicación en el contexto de la relación médico-paciente puede tener un efecto preventivo, resolutorio o de contención de controversias, siempre considerando la especialización que cada caso particular demande.¹

Previo a procesos judiciales es importante agotar los MASC, ya que ofrecen una vía flexible y rápida, promueven la conciliación y evitan largos y costosos procesos judiciales.¹

La responsabilidad médica implica reparar los daños y perjuicios ocasionados al paciente derivados de los actos, omisiones o errores voluntarios e involuntarios realizados en el ejercicio de la profesión, teniendo las figuras de responsabilidad que se desglosan en la tabla 1.^{2,3}

De acuerdo con el Artículo 17.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se postula que las leyes preverán MASC;⁴ los más utilizados en los servicios de salud son negociación, mediación, conciliación, arbitraje y transacción^{2,3} (Tabla 2).

Desarrollo del tema

La relación médico-paciente debe ser regida por los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, a través de una oportuna y adecuada información por parte del personal de salud, de manera libre, informada y consciente. Un aspecto fundamental en los servicios de salud es el consentimiento informado, que permite al paciente conocer las ventajas y los riesgos de aceptar o rechazar cualquier procedimiento, ya sea conservador, intervencionista, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador.⁵

Cuando hablamos de *lex artis* nos referimos al cuidado que se espera de un profesional médico de acuerdo con el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas que debe poseer para ser aplicadas en el ejercicio de su profesión, según las buenas prácticas médicas establecidas.³

Sin embargo, hay que contemplar la mala praxis en el actuar médico, para lo cual vale la pena definir algunos términos:

- Impericia: ignorancia inexcusable.⁶
- Negligencia: falta de cuidado y diligencia que un profesional debe tener en el ejercicio de su

Tabla 1. Figuras de responsabilidad en el actuar médico

Tipo de responsabilidad	Implicaciones
Civil	Reembolso de gastos, indemnización por daños y perjuicios, reparación del daño moral
Penal	Sanción, prisión, reparación del daño
Administrativa	Multas, suspensión, destitución
Ética/moral	Sanción social, pérdida de reputación

profesión, omisión o demora injustificada en la actuación del médico, o actuación perezosa, con carencia o falta de constancia profesional.²

- Inobservancia de reglamentos o normas: incumplimiento de reglamentos específicos de la institución y del servicio, así como de los principios éticos de la medicina y los derechos del paciente.²
- Omisión: no realizar un acto que se debería haber realizado, es decir, dejar de hacer algo que un médico prudente y diligente habría hecho en una situación similar, dando como resultado cierto perjuicio.⁶
- Comisión: realizar un acto que no se debería haber realizado, es decir, hacer algo que un médico prudente y diligente no habría hecho, o efectuar una acción que está prohibida por la norma o no es recomendable.⁶

La queja hacia el personal de salud es una expresión de insatisfacción por parte del paciente o sus familiares frente a una prestación de un servicio de salud, que a su juicio resulta insatisfactorio, pero que también permite al personal sanitario identificar riesgos, procesos y actitudes que pueden mejorarse, para incrementar la calidad y la seguridad en la atención.²

La queja administrativa tiene como objetivo denunciar la violación de los derechos del paciente o las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal vinculado con la prestación de los servicios; este instrumento se encuentra presente en la mayoría de los sistemas jurídicos, pero dada su naturaleza carece de litis.²

La calidad de la atención médica está integrada por la competencia profesional, la seguridad, la ética y la satisfacción con los resultados de la atención.⁷ Es importante establecer protocolos claros para la gestión de quejas y conflictos, incluyendo la designación de un mediador interno, quien puede actuar como un tercero imparcial, buscando promover la

Tabla 2. Mecanismos alternos de solución de controversias más utilizados en los servicios de salud

Mecanismo	Descripción	Ventajas
Negociación	Las partes resuelven el conflicto directamente	Las partes tienen el control del proceso y la solución
Mediación	Un tercero neutral facilita el diálogo	El tercero aporta una perspectiva neutral que permite a las partes ver el conflicto desde distintos ángulos y comprender mejor las posiciones de cada uno
Conciliación	Un tercero propone soluciones, pero las partes deciden la más conveniente para ambas	Al ser las partes quienes finalmente deciden si aceptan o rechazan las propuestas del conciliador, se garantiza que la solución sea aceptable para todos los involucrados
Arbitraje	Un tercero toma una decisión vinculante	Proporciona a las partes un mecanismo eficiente, especializado y confidencial
Transacción	Acuerdo para poner fin a la controversia	Las partes, a través de la negociación directa, se hacen recíprocas concesiones, terminan una controversia presente o previenen una futura, sin la necesidad de un tercero imparcial, o bien, si las partes lo desean, pueden ser auxiliadas por un especialista en mecanismos alternativos, que las asistirá en la elaboración de un convenio o acuerdo satisfactorio para ambas

conciliación pacífica y armónica, optimizar los procesos de solución de controversias y eliminar trámites innecesarios.⁵

La colaboración con organizaciones externas especializadas en resolución de conflictos, como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), desempeña un papel fundamental en México al promover y regular los MASC en el ámbito médico, mediante la cultura de la conciliación y la mediación como alternativas a los procesos judiciales en el sector salud, y además vigila el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en los procesos.⁸

El artículo 49 del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED establece que las quejas deben presentarse ante esta comisión de manera personal por el paciente o por una persona autorizada para ello, ya sea en forma verbal o escrita.⁸

La CONAMED fijará una fecha para la celebración de audiencia, en la que convocará a las partes para que, idealmente, resuelvan sus diferencias. En caso de que exista negativa para conciliar, se invitará a las partes a someterse a un proceso arbitral, donde la CONAMED participará en la emisión de un laudo.⁸

Los laudos son emitidos por un árbitro o un tribunal arbitral para resolver una disputa entre dos o más partes, deseablemente para poner fin al conflicto, a menos que las partes hayan acordado lo contrario.⁸

El derecho a la protección de la salud es parte del derecho social, dirigido a la efectiva satisfacción de la salud individual que incluye bienestar físico, mental

y social,⁹ buscando garantizar a los ciudadanos un nivel de vida digno, mediante una relación de los médicos con la sociedad que propicie una atención médica respetuosa, empática y enriquecedora.⁹

La relación y la comunicación del médico con el paciente produce beneficios, ya que aumenta su confianza y compromiso,⁸ mientras que la transparencia incrementa la confianza del paciente hacia el sistema sanitario y también hacia su médico, además de permitirle tomar decisiones informadas.¹⁰

El acto médico constituye el eje central de la relación médico-paciente y el punto de partida para analizar las interacciones de los individuos con los profesionales de la salud. La doctrina lo define como el conjunto de acciones terapéuticas realizadas por un profesional sanitario con el objetivo de restablecer la salud del paciente, englobando un amplio espectro de actividades que van desde la prevención hasta los cuidados paliativos.¹¹

Los MASC buscan contribuir a crear una cultura de tolerancia, diálogo y respeto para la solución pacífica de controversias.¹² Siempre que exista un intercambio de bienes o servicios pueden existir desacuerdos entre las partes, porque alguna de ellas piense que no esté recibiendo lo pactado o lo que supuso que recibiría.¹²

La relación entre médico y paciente ha experimentado un deterioro significativo por diversos factores, como tiempo escaso para una atención personalizada, barreras de comunicación, soluciones rápidas que generan expectativas poco realistas en los

pacientes, proliferación de información médica en Internet (muchas veces inexacta),¹² incremento en la expectativa de vida y diversidad de servicios, que generan una complejidad significativa en el sistema de salud.¹³

Es imperativo garantizar el derecho del paciente a recibir información completa y veraz sobre su condición de salud y las opciones terapéuticas disponibles, lo cual no solo garantiza su autonomía, sino que también le protege de posibles daños derivados de una falta de información.¹⁴

El hecho de que los pacientes tengan más acceso a la información ha modificado la dinámica de la relación. Las expectativas de los pacientes han aumentado, lo que no necesariamente se ha ajustado a las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, ya que demandan una participación más activa en las decisiones sobre su salud y esto a menudo supera las capacidades del sistema sanitario actual.¹⁵

En otros casos en los que algún miembro del equipo médico comete un error, la responsabilidad del médico tratante suele extenderse debido a su rol de coordinador. Esta responsabilidad se ve agravada en sistemas de salud con recursos limitados, requiriendo de los médicos y los jefes de área una gestión proactiva de riesgos y una supervisión rigurosa de las prácticas profesionales, a fin de minimizar la probabilidad de errores y garantizar la seguridad del paciente.¹⁶

De acuerdo con Mira et al.,¹⁷ por razones éticas y legales, el paciente tiene derecho a recibir una disculpa, junto con información sobre lo ocurrido. Se recomienda que la disculpa sea expresada en términos neutros, realizada por un profesional adecuado de acuerdo con la gravedad del evento. Esta acción no solo cumple con un deber ético, sino que también contribuye a fortalecer la relación médico-paciente y contribuir a una cultura de seguridad.¹⁷

Las relaciones interpersonales inevitablemente generan conflictos, cuya resolución depende de una diversidad de factores, como son las creencias, las expectativas, los roles, etc. La evolución de los derechos humanos ha impulsado la búsqueda de mecanismos que garanticen la justicia y la paz en la resolución de conflictos.¹⁸

La responsabilidad civil médica consiste en reparar los daños y perjuicios ocasionados a un paciente derivados de un acto médico, omisiones o errores voluntarios e involuntarios.¹⁹ Los requisitos para que se configure dicha responsabilidad civil son tres:

- Conducta ilícita: cuando se realiza un acto contrario a lo que establece el derecho.

- Daño: cuando causa deterioro, ofensa o dolor (sufrimiento que se provoca en una persona o en sus cosas por la falta de cumplimiento de una obligación).
- Relación de causalidad: cuando existe un nexo o relación de carácter objetivo entre la acción y el resultado.¹⁹

Los derechos humanos son reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales, teniendo como prioridad el principio pro persona, el cual busca la protección más amplia, donde el Estado está obligado a priorizar los problemas y las necesidades de salud, y la distribución de los recursos disponibles, en vinculación con los principios éticos. Sin embargo, en el caso de los servicios públicos hay un presupuesto asignado al sector salud, que afecta directamente la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud, independientemente de la voluntad del personal de salud.²⁰

Con el propósito de elevar los estándares de seguridad en la atención y los cuidados de la salud, y así consolidar la relación médico-paciente, resulta imperativo el establecimiento de un Sistema Nacional de Recopilación y Análisis de Causas de Quejas. Dicho sistema deberá fomentar la participación activa de todos los profesionales de la salud, mediante un mecanismo de notificación voluntaria. Esto permitirá un aprendizaje continuo a partir de los errores, facilitando el desarrollo y la implementación de mejores prácticas para su prevención futura, en aquellos casos en que la prevención sea factible.²¹

El objetivo es reorientar el enfoque hacia la gestión proactiva de conflictos, actuar en las primeras etapas, con el fin de prevenir su escalada y promover una resolución pacífica, que permita a las partes llegar a un acuerdo que mitigue la insatisfacción por los daños causados en los involucrados en el conflicto.²²

Durante la formación médica, si bien se abordan temas de psicología y psiquiatría, existe una notable ausencia de un currículo estructurado dedicado al desarrollo de habilidades como la empatía y la comunicación asertiva. Esta carencia representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención médica y prevenir conflictos, como las demandas legales que a menudo surgen de malentendidos en la comunicación médico-paciente.²³

Es fundamental comprender que los médicos que enfrentan demandas por mala praxis experimentan un profundo impacto emocional. Estudios como el de Gómez-Durán et al.²⁴ demuestran que

estos profesionales suelen desarrollar ira, alteraciones del estado de ánimo y dificultades en sus relaciones personales y profesionales. Es relevante que estos médicos reciban apoyo psicológico y asistencial, independientemente del resultado legal, para mitigar las consecuencias negativas en su bienestar y en la calidad de la atención que brindan.²⁴

Por otra parte, el temor a ser demandado es el principal motor de la medicina defensiva. Al solicitar un gran número de pruebas, los médicos buscan documentar exhaustivamente su actuación, generando en ocasiones una sobrecarga en los sistemas de salud.²⁵

La implementación de sistemas robustos de gestión de calidad en los centros sanitarios, como aquellos basados en la norma ISO 9001, es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención. Estos sistemas, al promover una cultura de mejora continua y la identificación temprana de riesgos, contribuyen a prevenir errores médicos y a fomentar la satisfacción del paciente.²⁶

Conclusiones

El presente estudio nos introduce al análisis de cómo la implementación de MASC en el sector salud emerge como una estrategia indispensable para transformar la relación médico-paciente.

Al fomentar el diálogo, la empatía y la búsqueda de soluciones consensuadas, los MASC no solo contribuyen a resolver conflictos de manera más eficiente y empática, sino que también exigen una especialización adecuada, dadas las particularidades de cada caso, las cuales demandan un análisis jurídico y médico pormenorizado.

La prevención de la mala praxis, la mejora de la calidad de la atención y la promoción de una cultura de seguridad del paciente son objetivos alcanzables mediante la implementación de los MASC.

Es fundamental invertir en la capacitación del personal de salud en habilidades de comunicación, resolución de conflictos y ética médica. Asimismo, la creación de protocolos claros y estandarizados, así como la implementación de sistemas de gestión de calidad, son elementos clave para garantizar una atención de excelencia.

Financiamiento

La presente investigación fue realizada de manera independiente y no contó con el apoyo financiero de ninguna institución, organización o empresa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Parra SD, Olivares VL, Riesco-Mendoza C. La mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. *Revista de Derecho Concepción*. 2018;86(243):121-44.
2. Riveros FC, Villarreal TG, Olivares RM. Ventajas de la mediación en el ámbito sanitario y su ampliación a otros tópicos. *Bol Mex Der Comp, Ciudad de México*; 2019. p. 997-1014.
3. Ríos Ruiz AA, Fuente del Campo A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. *Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos*; 2017. p. 45. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>.
4. México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 17, párrafo 3.o. *Diario Oficial de la Federación [Internet]*. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
5. Siurana AJC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas, Valparaíso*; 2010. p. 121-57.
6. Vera CO. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev Med La Paz*. 2013;73-82.
7. Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cir Cir*. 2010;78(5): 456-62.
8. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, Aprobado en la XL Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico el 09 de noviembre de 2023, en Tlaxcala, Tlaxcala. *Rev CONAMED*. 2023;28(4):161-219.
9. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-902.
10. Aragonés L, Hunter A, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Nuevas perspectivas en la resolución del error médico: National Health Service Resolution y CARE. *An Sist Sanit Navarra*. 2019;42(1):115-8.
11. Montes de Oca AR. Acto médico y responsabilidad profesional: reflexiones en torno a las diferencias entre las jurisdicciones mexicana y estadounidense. *Suprema Corte de Justicia de la Nación*. 2005;2.
12. Plascencia MJ, García FM, Medina EJ. Los métodos alternativos en la solución de conflictos médicos. *Cir Gen*. 2013;35(Supl 2):S160-3.
13. Armadans I, Aneas A, Soria M, Bosch L. La mediación en el ámbito de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(5):187-92.
14. Cárdenas VH, Moreno MJ. Responsabilidad médica: estándares jurisprudenciales de la falta de servicio. *Santiago: Abeledo Perrot-Legal Publishing Chile*; 2011. p. 8.
15. Bascuñán ML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chile*. 2005;133(1):11-6.
16. Pizarro WC. La responsabilidad civil médica. *Santiago: Legal Publishing Chile*; 2017. p. 173.
17. Mira SJ, Romeo CC, Astier P, Urruela A, Carrillo I, Lorenzo S, et al. Si ocurrió un evento adverso, piense en decir "lo siento". *An Sist Sanit Navarra*. 2017;40(2):279-90.

18. Díaz López de Falcó RM. El Ombudsman de la salud en México. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. p. 13-6.
19. García RS. La relación médico paciente: consenso y conflicto. CONAMED. 2002;40-5.
20. Fernández VMH, Sotelo MGE. El deber de cuidado del médico en México. Rev Fac Med. 2019;62(3):40-9.
21. Martín-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. Med Clin (Barc.) 2019;152(5):195-9.
22. Parra-Sepúlveda D, Olivares-Vanetti A, Riesco-Mendoza C. La mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. Revista de Derecho (Concepción). 2018;86(243):121-44.
23. Santacruz M, Moreno J, Molleturo J, Galvis K. Mediación sanitaria y su importancia en la educación de médicos y abogados en Ecuador. Rev Conrado. 2023;19(90):314-9.
24. Gómez-Durán EL, Vizcaino-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: an important issue in need of attention. J Healthc Qual Res. 2018;33(5):284-9.
25. Mira JG, Carrillo AI. Medicina defensiva en atención primaria. An Sist Sanit Navarra. 2019;41(2):273-5.
26. International Organization for Standardization. ISO 9001:2015, norma internacional. Traducción oficial. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.buap.mx/rcontraloria/public/inf_public/2019/0/NOM_ISO_9001-2015.pdf