

Responsabilidad médica bajo la lupa: cómo ahorrar tiempo y recursos a través del proceso arbitral de la CONAMED

Medical liability under the lens: saving time and resources through CONAMED's medical arbitration process



Sarabia-González O^{1*}, Moreno-Sánchez P², García-Mayo EJ³, Zendejas-Ángeles M⁴, Cortés-Moreno GY⁵.

¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

² Dirección General de Orientación y Gestión, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

³ Dirección General de Conciliación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

⁴ Subcomisión Jurídica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

⁵ Dirección de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

ORCID: 0000-0002-5100-1420^{1*}, 0009-0003-3952-1612², 0009-0004-1018-7427³, 0009-0002-3830-1629⁴, 0000-0002-4506-8223⁵.

RESUMEN

La responsabilidad médica ocupa actualmente un lugar central en el debate público y en la práctica clínica. La judicialización de los conflictos derivados de la atención médica impone costos elevados —tiempo, recursos económicos, afectación reputacional y desgaste emocional— tanto a las personas usuarias como a los prestadores de servicios de salud. Asimismo, favorece la práctica médica defensiva y la necesidad de contratar servicios legales y seguros de responsabilidad profesional de alto costo. Desde hace tres décadas, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ofrece una alternativa especializada y gratuita para la resolución de controversias en materia de servicios de salud. Este artículo describe el papel de la CONAMED dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), sus Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud (MASCoMSS), así como la evidencia que sustenta la intervención oportuna y la comunicación efectiva como estrategias para reducir el índice de procesos litigiosos. En 2025, la CONAMED concluyó 18,925 asuntos; solo 10% se transformaron en quejas y apenas 2.6% de las quejas admitidas llegaron a arbitraje, mientras que las gestiones inmediatas alcanzaron 87% de cumplimiento. La literatura confirma que las deficiencias en la dimensión interpersonal de la calidad, más que la mala práctica médica, constituyen una de las causas más frecuentes y prevenibles de inconformidad. Frente a procesos judiciales que pueden durar de 3 a 15 años, el arbitraje médico permite resolver casos equivalentes en semanas o pocos meses. El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, funciona como un mecanismo de contención escalonada del conflicto y como fuente de información para la mejora del sistema, al contribuir a delimitar y resolver controversias vinculadas con la responsabilidad médica, sin sustituir su valoración jurisdiccional. Dentro del marco legal, la reciente incorporación de los MASCoMSS y la CONAMED a la Ley General de Salud en enero de 2026, representa un avance relevante para definir las atribuciones, la especialización institucional y las autoridades competentes para operar los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud.

Autor(a) de

Correspondencia:

Sarabia-González O.
Correo electrónico:
odet.sarabia@
conamed.gob.mx
Teléfono: 5554207000
ext. 57109

Citar como:

Sarabia-González
O, Moreno-Sánchez
P, García-Mayo EJ,
Zendejas-Ángeles M,
Cortés-Moreno GY.
Responsabilidad
médica bajo la lupa:
cómo ahorrar tiempo
y recursos a través
del proceso arbitral
de la CONAMED.
Rev CONAMED.
2026;31(2): 88-96. DOI:
10.35366/123601

Fecha de recepción:

25 de mayo de 2026

Fecha de aceptación:

15 de julio de 2026



Esta revista publica sus contenidos bajo la Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), que permite su uso, distribución y adaptación, siempre que se otorgue el debido reconocimiento a los autores y a la fuente original.

Palabras clave: arbitraje médico; responsabilidad profesional; mecanismos alternativos de solución de controversias; calidad de la atención de salud.

ABSTRACT

Medical liability currently occupies a central place in public debate and clinical practice. The increasing recourse to litigation in conflicts arising from healthcare imposes substantial costs—including time, financial resources, reputational harm, and emotional distress—on both healthcare users and providers. It also contributes to defensive medical practice and increases the need for costly legal services and professional liability insurance. For the past three decades, the National Commission for Medical Arbitration (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED) has provided a specialized, free-of-charge alternative for resolving disputes related to healthcare services. This article describes the role of CONAMED within the Mexican National Health System (Sistema Nacional de Salud, SNS), its Alternative Dispute Resolution Mechanisms for Healthcare Services (Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud, MASCoMSS), and the evidence supporting timely intervention and effective communication as strategies for reducing the incidence of litigation. In 2025, CONAMED concluded 18,925 matters; only 10% became formal complaints, and just 2.6% of admitted complaints proceeded to arbitration, while immediate interventions achieved an 87% compliance rate. The literature indicates that shortcomings in the interpersonal dimension of quality of care, rather than medical malpractice itself, are among the most frequent and preventable causes of dissatisfaction. Whereas judicial proceedings may last from 3 to 15 years, medical arbitration can resolve comparable disputes within weeks or a few months. The Mexican Medical Arbitration Model functions as a mechanism for the progressive containment of conflict and as a source of information for health system improvement. It contributes to defining and resolving disputes associated with medical liability without replacing the assessment that falls within the jurisdiction of the courts. From a legal perspective, the incorporation of MASCoMSS and CONAMED into the General Health Law in January 2026 represents an important step toward defining the powers, institutional expertise, and competent authorities responsible for operating alternative dispute resolution mechanisms in the field of healthcare services.

Keywords: medical arbitration; professional liability; alternative dispute resolution; quality of health care.

INTRODUCCIÓN

La responsabilidad médica se encuentra actualmente bajo escrutinio público permanente. La difusión cotidiana de casos en medios de comunicación y redes sociales,

junto con la insatisfacción de las personas usuarias, puede erosionar la confianza que pacientes, familiares y cuidadores depositan en los profesionales y en las instituciones de salud. En este contexto, la judicialización de la medicina se ha convertido en una respuesta frecuente ante los conflictos derivados de la atención médica, pese a tratarse de una vía prolongada, costosa y emocionalmente desgastante para todas las partes involucradas.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue concebida para ofrecer una vía distinta. Conviene aclarar un equívoco frecuente: la CONAMED no es un órgano sancionador ni equivale a una autoridad sanitaria reguladora. Su función trasciende la recepción y el trámite de inconformidades, ya que también contribuye a generar información útil para la mejora del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El presente artículo describe las tres áreas operativas actuales de la Comisión Nacional, expone su papel dentro del SNS, analiza la intervención oportuna y la comunicación efectiva como factores determinantes para la resolución de conflictos, y contrasta los procesos judiciales con el arbitraje médico. Con ello, busca aportar elementos para orientar la toma de decisiones sobre qué vía utilizar y en qué momento.

ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO

La CONAMED fue creada por decreto presidencial en 1996 como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos.¹ Durante casi tres décadas operó mediante el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, publicado en 2003, el cual se estructuró en tres etapas: asesoría y orientación, conciliación y etapa decisoria, esta última culminando, en su caso, con la emisión de un laudo.

En 2024, la promulgación de la Ley General de los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (LGMASC),² hizo necesario actualizar el marco jurídico de la CONAMED, al tratarse de una materia especializada que requiere reglas específicas en el ámbito de los servicios de salud. En consecuencia, mediante las reformas a la Ley General de Salud publicadas el 15 de enero de 2026 en el Diario Oficial de la Federación, la CONAMED quedó incorporada expresamente a dicha ley.³ Esta reforma le confiere autonomía técnica, operativa, administrativa y de gestión, y delimita con mayor claridad sus atribuciones para emitir opiniones, recomendaciones, acuerdos, dictámenes y laudos.

El objeto de la Comisión Nacional, actualmente previsto en la Ley General de Salud, es contribuir a la resolución de conflictos entre las personas usuarias y los prestadores de servicios de salud mediante Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia de

servicios de salud. Su finalidad es tutelar el derecho a la protección de la salud y contribuir a la mejora de la calidad de la atención y de la seguridad del paciente, bajo un enfoque de cultura justa.

LOS MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD

La Ley General de Salud reconoce cuatro Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud (MASCoMSS). Su carácter voluntario, gratuito y especializado permite graduar la intervención de la CONAMED de acuerdo con la naturaleza, complejidad y etapa del conflicto:

Gestión inmediata. Procedimiento orientado a atender de manera prioritaria problemas que pueden afectar la salud de las personas usuarias, tales como demoras, irregularidades o negativas injustificadas en la prestación de servicios de salud, ya sea en instituciones públicas, sociales o privadas. Mediante la coordinación interinstitucional, la CONAMED procura restablecer la atención en un plazo breve, con frecuencia en cuestión de horas. Esta intervención permite resolver la necesidad asistencial de origen y, en muchos casos, evita que el conflicto escale hacia una queja formal o una demanda.

Mediación. Mecanismo mediante el cual la Comisión Nacional interviene como tercero neutral para facilitar el diálogo voluntario entre las partes, con el propósito de que estas identifiquen sus intereses, restablezcan canales de comunicación y construyan por sí mismas un acuerdo que permita poner fin al conflicto.

Conciliación. Procedimiento voluntario en el que la Comisión Nacional participa de manera activa, imparcial y especializada. A través de la persona conciliadora, se escucha a las partes, se identifica el origen de la inconformidad, se exploran alternativas de solución y se facilita la construcción de un acuerdo total o parcial entre la persona usuaria y el prestador de servicios de salud.

Arbitraje. Mecanismo mediante el cual ambas partes someten voluntariamente su controversia a la Comisión Nacional. Este procedimiento implica el análisis colegiado del expediente clínico y de las pruebas aportadas, a partir de una valoración técnico-médica y jurídica del acto médico. El proceso es conducido por pares médicos y jurídicos, y culmina con la emisión de un laudo conforme al marco jurídico aplicable.

Junto con estos mecanismos, la Comisión Nacional también brinda orientación y asesoría. La orientación permite canalizar a las personas usuarias hacia la instancia competente cuando el asunto planteado no corresponde al ámbito de atribuciones de la CONAMED. La asesoría, por su parte, permite analizar inconformidades

relacionadas con el acto médico y ofrecer información especializada sobre las alternativas disponibles para su atención.

Asimismo, la CONAMED emite Dictámenes Médicos Institucionales (DMI). Estos no constituyen un Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud (MASCoMSS), pero cumplen una función técnica relevante cuando un caso se encuentra judicializado o sujeto a investigación por una autoridad competente. En estos supuestos, la autoridad legitimada —como un órgano jurisdiccional, una fiscalía o un órgano interno de control— puede requerir a la CONAMED la emisión de un DMI, con el fin de contar con un análisis técnico, médico y jurídico del acto médico. Dicho dictamen aporta elementos para valorar si la atención otorgada se ajustó a la *lex artis* o si existieron desviaciones compatibles con mala práctica, sin que ello sustituya la determinación de responsabilidad que corresponde a la autoridad competente.

EL ROL DE LA CONAMED EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ante una inconformidad relacionada con la atención médica recibida, la persona usuaria dispone de diversas vías para presentar una queja, denuncia o demanda. Entre ellas se encuentran: acudir nuevamente a la institución que brindó la atención; recurrir a organismos autónomos, como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; acudir a instancias administrativas, como los órganos internos de control; iniciar procedimientos ante autoridades jurisdiccionales por la vía civil o penal; o solicitar la intervención de la CONAMED.

En este contexto, el propósito de la Comisión Nacional es ofrecer una vía especializada, técnica, gratuita y no jurisdiccional para la atención de controversias derivadas de la prestación de servicios de salud, con el fin de evitar, cuando sea posible, procesos prolongados, costosos y desgastantes para las partes.

Respecto de los casos que atiende la CONAMED, la información obtenida a través de los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud (MASCoMSS) y de los Dictámenes Médicos Institucionales (DMI) constituye un insumo relevante para elaborar informes anuales focalizados por institución. Estos informes permiten identificar áreas de oportunidad, reconocer patrones de inconformidad y aportar elementos para los planes de mejora continua. Bajo esta lógica, el conflicto no solo se atiende como una controversia individual, sino también como una fuente de información útil para fortalecer la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora del Sistema Nacional de Salud, mediante recomendaciones, opiniones técnicas o intervenciones de oficio cuando exista interés público.

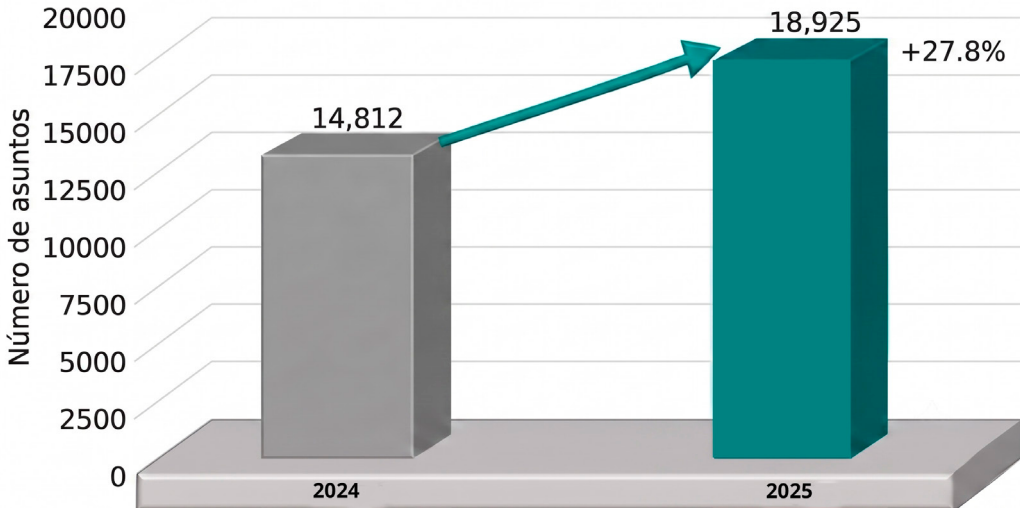


Figura 1. Volumen y composición de la actividad operativa de la CONAMED, 2024–2025.
Fuente: Informe Anual de Actividades CONAMED 2025.

Conforme al Informe Anual de Actividades CONAMED 2025,⁴ la Comisión Nacional concluyó 18,925 asuntos, lo que representa un incremento de 27.7% respecto de los 14,812 asuntos concluidos en 2024 (*Figura 1*). Esta cifra debe interpretarse con cautela, ya que el aumento corresponde a los asuntos que llegaron a la CONAMED y puede estar influido por diversos factores, entre ellos la difusión institucional, el mayor conocimiento de sus servicios por parte de la población usuaria, la accesibilidad de los canales de atención y la confianza en sus mecanismos de intervención.

CONTENCIÓN ESCALONADA DEL CONFLICTO

La arquitectura del modelo puede representarse como un embudo cuyo propósito es contener el conflicto desde

sus etapas tempranas (*Figura 2*). De los 18,925 asuntos concluidos en 2025, únicamente 10% se transformaron en quejas formales; el resto se atendió mediante orientación, asesoría o gestión inmediata. De las quejas recibidas, 1,481 fueron admitidas y solo 38 llegaron al proceso arbitral, lo que representa 2.6% de las quejas admitidas.⁴

Cada etapa busca evitar que el caso escale hacia vías más costosas, prolongadas y desgastantes, como la demanda civil o la denuncia penal, privilegiando la tutela de los derechos de las personas usuarias, la resolución oportuna del conflicto y la mejora de la calidad de la atención bajo una perspectiva de cultura justa.

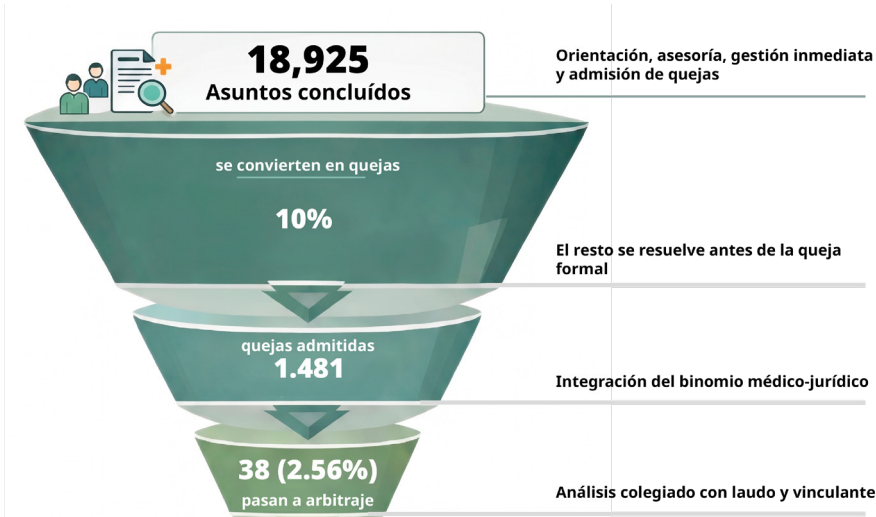


Figura 2. Embudo de contención del conflicto en la CONAMED, 2025.
Fuente: Elaboración propia, (2026).

EL ORIGEN DE LAS QUEJAS

La experiencia institucional de la CONAMED indica que una proporción importante de los asuntos no se origina exclusivamente en desviaciones de la *lex artis*, sino también en fallas relacionadas con la dimensión interpersonal de la calidad. El análisis de las quejas atendidas entre 1996 y 2007 mostró que, con frecuencia, los problemas de comunicación comprometen el proceso de atención: en muchos casos, la inconformidad no deriva necesariamente de la falta de conocimiento técnico, sino de una explicación insuficiente, de una escucha deficiente o de ambas.⁵

Siguiendo el marco conceptual de Donabedian,⁶ la calidad de la atención comprende un componente técnico y otro interpersonal, además de las condiciones o amenidades en las que se presta el servicio. La calidad técnica se refiere a la aplicación de los conocimientos, habilidades y procedimientos profesionales conforme a la *lex artis* y suele ser evaluada por pares, mientras que la persona usuaria la percibe de manera indirecta. Por su parte, la calidad interpersonal comprende la comunicación, la empatía, la información suficiente, la escucha activa y el trato digno. Esta dimensión influye de manera directa en la valoración que la persona usuaria realiza de su experiencia de atención y constituye una fuente particularmente relevante y potencialmente prevenible de inconformidades y quejas.

De ahí surge una paradoja central: un profesional puede haber actuado conforme a criterios técnicos adecuados y, sin embargo, generar una inconformidad si la atención no estuvo acompañada de comunicación efectiva, información comprensible y trato digno.

La oportunidad en la atención y resolución de los conflictos merece atención especial. El Instituto de Medicina de Estados Unidos (*Institute of Medicine, IOM*), actualmente Academia Nacional de Medicina (*National Academy of Medicine, NAM*), ha señalado que

la calidad de la atención y la seguridad del paciente constituyen dimensiones esenciales para el desempeño de los sistemas de salud.⁷ Cuando una diferencia entre la persona usuaria y el profesional de la salud no se resuelve de manera oportuna, el problema puede dejar de ser únicamente administrativo, comunicacional o jurídico, y adquirir implicaciones clínicas: la persona puede interrumpir su tratamiento, perder confianza en el sistema de salud o deteriorarse mientras espera una solución.

En esta misma línea, el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030 de la Organización Mundial de la Salud reconoce que los daños evitables asociados a la atención de la salud requieren respuestas sistémicas, oportunas y centradas en la seguridad del paciente.⁸ Desde esta perspectiva, la demora en la atención de las inconformidades y en la resolución de los conflictos puede entenderse como un factor que contribuye al riesgo sistémico, especialmente cuando afecta la continuidad de la atención, la adherencia terapéutica o la confianza entre pacientes, familias y profesionales de la salud.

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO FACTOR DE RESOLUCIÓN

Si la dimensión interpersonal constituye una de las fuentes más frecuentes y prevenibles de inconformidad, la comunicación efectiva representa una de las estrategias más relevantes para su contención. En numerosos conflictos derivados de la atención médica, las personas usuarias refieren no haberse sentido escuchadas, informadas o acompañadas. Esta dinámica también se observa en el primer contacto con la CONAMED: la persona usuaria suele acudir con agravio, temor, incertidumbre y urgencia, por lo que la primera escucha opera, en la práctica, como una intervención de desescalamiento que puede contribuir a resolver el problema desde sus fases iniciales.

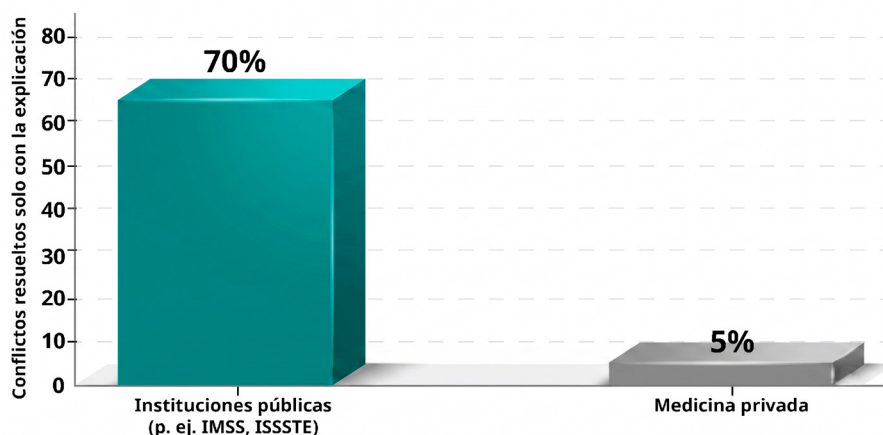


Figura 3. Proporción de conflictos resueltos únicamente con la explicación durante la audiencia de conciliación, según tipo de prestador, 2025.

La fuerza de la explicación es notable. En 2025, de aproximadamente 1,400 casos en etapa de conciliación, cerca de la mitad alcanzó algún acuerdo; alrededor de 30% concluyó mediante acuerdo de conclusiones, cuando una de las partes declinó continuar con el procedimiento.⁴ Destaca el contraste por tipo de prestador: en instituciones públicas, cerca de 70% de los conflictos se resolvió únicamente con una explicación, frente al 5% en la medicina privada (*Figura 3*). Este hallazgo sugiere un amplio margen de oportunidad para trasladar la comunicación efectiva al consultorio y a los espacios clínicos, antes de que la inconformidad evolucione hacia una queja formal.

EVIDENCIA SOBRE COMUNICACIÓN, EMPATÍA Y LITIGIOS

La literatura internacional ha documentado de manera consistente la relación entre habilidades comunicativas, empatía, satisfacción del paciente y riesgo de controversias. Un estudio longitudinal en 456 estudiantes de medicina, evaluados mediante la Escala *Jefferson* de Empatía Médica, identificó una disminución estadísticamente significativa de la empatía a partir del tercer año de formación, coincidente con el inicio del contacto clínico.⁹ Asimismo, una revisión sistemática de 62 estudios publicados entre 1966 y 2004 encontró que, en 73% de ellos, existía una relación negativa entre los años de experiencia y algunas dimensiones del desempeño médico, con disminuciones observadas en conocimiento, prevención y comunicación.¹⁰

En el ámbito de las controversias derivadas de la atención médica, el análisis de consultas de atención primaria mediante el sistema de Roter mostró que los médicos sin reclamaciones dedicaban más tiempo a la consulta, explicaban qué esperar de la visita, empleaban técnicas de escucha activa y recurrían al humor. Estas asociaciones no deben interpretarse como relaciones causales; sin embargo, sugieren que ciertos componentes de la comunicación clínica pueden influir en la percepción de la atención y en el riesgo de reclamaciones. En el caso de los cirujanos, estos factores parecieron perder relevancia frente al resultado técnico del procedimiento.¹¹

Otros estudios han señalado que los hombres presentan mayor riesgo de ser demandados, que una demanda previa incrementa la probabilidad de reclamaciones posteriores y que una minoría de profesionales concentra una proporción relevante de las reclamaciones.¹² También se ha descrito que una menor satisfacción del paciente se asocia con mayores tasas de demanda, especialmente cuando existen conductas percibidas como descortesía, falta de escucha o trato inadecuado.¹³ El agotamiento profesional, por su parte, se ha identificado como un factor asociado al deterioro

de la comunicación, la toma de decisiones clínicas y la relación médico-paciente, lo que podría incrementar el riesgo de inconformidades y reclamaciones.¹⁴⁻¹⁶

De manera ilustrativa, variables como las calificaciones obtenidas durante la formación médica, la certificación vigente o el prestigio curricular no predicen por sí mismas el riesgo de demandas. En cambio, la calidad de la relación clínica, la comunicación efectiva, la escucha activa y la percepción de trato digno sí se han asociado con el riesgo de reclamaciones. En la casuística de la CONAMED, las especialidades quirúrgicas concentran un número importante de controversias derivadas de la atención médica, patrón que también se refleja en las primas de los seguros de responsabilidad profesional.

Arbitraje frente a procesos judiciales en la responsabilidad médica: la variable tiempo a partir de la hora cero.

En México, un proceso penal derivado de un acto médico puede prolongarse durante varios años. De acuerdo con la experiencia institucional de la CONAMED, estos procesos pueden extenderse entre 3 y 15 años. Durante ese periodo, el conflicto se transforma: el profesional de la salud puede quedar colocado en una posición de imputado, el análisis se desplaza hacia el expediente penal, el expediente clínico se incorpora como un elemento más dentro de un proceso prolongado y la incertidumbre sostenida puede favorecer la práctica médica defensiva.

En la relación médico-paciente, cuando el proceso de atención no cumple con las expectativas clínicas, comunicacionales o humanas de la persona usuaria, puede iniciarse lo que denominamos la “hora cero” del conflicto. Este momento corresponde al punto en que el paciente, sus familiares o sus representantes comienzan a preguntarse qué causó la falla percibida, el resultado no esperado, la complicación, el daño o incluso la muerte. A partir de esa “hora cero” comienza el recorrido temporal del conflicto, ya sea mediante una queja, denuncia, demanda o solicitud de intervención ante la CONAMED, hasta su resolución definitiva.

La comparación de tiempos es elocuente (*Figura 4*). Por la vía de la CONAMED, un caso relacionado con un error de sitio quirúrgico puede resolverse mediante gestión inmediata y conciliación en cuestión de semanas. Un caso con desenlace fatal sometido a arbitraje puede resolverse en torno a seis meses, después de un análisis colegiado de la indicación, la técnica, el apego a la *lex artis*, la evolución clínica y la complicación presentada. En casos equivalentes, la diferencia no radica únicamente en la complejidad clínica, sino en la vía elegida para resolver la controversia y en el tiempo que dicha vía exige.

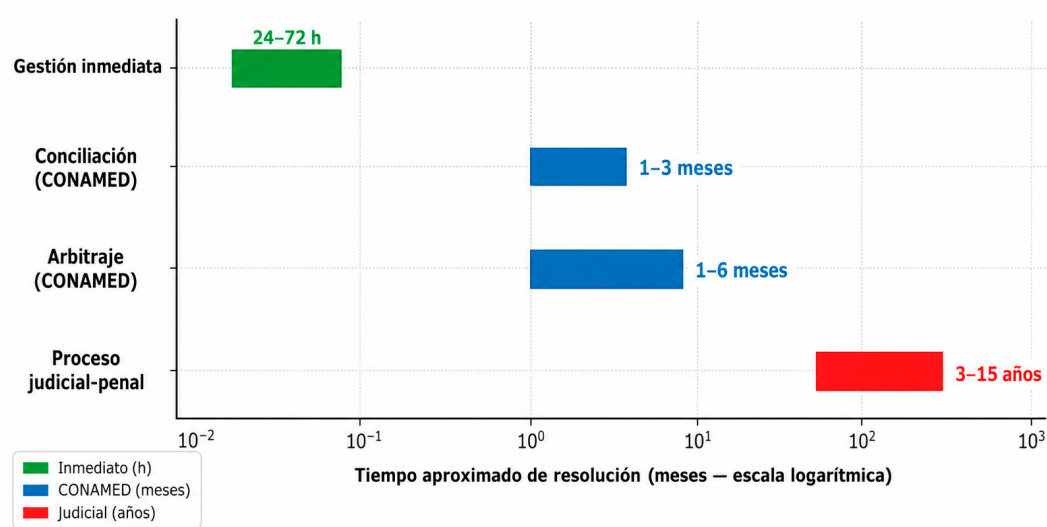


Figura 4. Tiempos de resolución comparados entre las vías de la CONAMED y la vía judicial-penal en responsabilidad médica.

El arbitraje médico no elimina la responsabilidad: la delimita, la contextualiza y permite resolverla mediante un análisis técnico, colegiado e imparcial. Las complicaciones, los eventos adversos y los errores forman parte de los riesgos inherentes al ejercicio de la medicina; sin embargo, la forma de analizarlos puede transformar sus consecuencias. Cuando existen mecanismos técnicos, confidenciales, imparciales y oportunos, los conflictos

pueden resolverse en mejores términos para pacientes, familias, profesionales e instituciones de salud.

La Tabla 1 sintetiza las diferencias entre ambas vías. La CONAMED no compite con el sistema judicial: lo complementa mediante una alternativa más ágil, especializada, gratuita y centrada en la continuidad de la atención y en la seguridad del paciente.

Dimensión	Vía CONAMED (MASCoMSS)	Vía judicial-penal
Tiempo de resolución	Gestión inmediata: 24–72 h; conciliación: 1–3 meses; arbitraje: hasta 6 meses	3 a 15 años
Costo para el usuario	Gratuito, sin distinción entre sector público, social o privado	Honorarios, peritajes y costas procesales
Continuidad de la atención	Se gestiona en paralelo, sin interrumpir el tratamiento	No contemplada; el foco se desplaza al expediente
Naturaleza del análisis	Colegiado, por pares médicos y jurídicos, conforme a la <i>lex artis</i>	Adversarial, con peritajes contrapuestos
Efecto sobre el prestador	Preserva el ejercicio profesional; favorece el aprendizaje del sistema	Posición de imputado; medicina defensiva y desgaste

Tabla 1. Comparación entre la vía de la CONAMED y la vía judicial-penal en responsabilidad médica.

El modelo mexicano se inscribe en una tendencia global orientada hacia la resolución temprana de controversias y el fortalecimiento de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia de Servicios de Salud. En el Reino Unido, el *Early Notification Scheme* promueve el reporte temprano y la resolución extrajudicial de determinados eventos.¹⁷ Nueva Zelanda opera un modelo de compensación sin culpa (*no-fault*) que privilegia el aprendizaje sistémico.¹⁸ En Estados Unidos, los programas de divulgación temprana del error, disculpa y compensación ágil se han asociado con reducciones en reclamaciones y costos relacionados con litigios.¹⁹

En este contexto, la CONAMED constituye un modelo híbrido —orientación, gestión inmediata, mediación, conciliación y arbitraje—, gratuito y especializado, compatible con los principios de cultura justa.^{20,21} Su propósito no es sustituir a las autoridades judiciales ni buscar culpables de manera punitiva, sino analizar causas, delimitar responsabilidades cuando corresponda y proponer soluciones que contribuyan a prevenir daños futuros.

CONCLUSIONES

La responsabilidad médica seguirá bajo escrutinio público, institucional y jurídico. Lo que puede transformarse es la manera de analizarla y resolverla. La evidencia revisada y los datos operativos de la CONAMED permiten plantear las siguientes conclusiones:

- La intervención oportuna —en particular la gestión inmediata— constituye una herramienta eficiente para contribuir a preservar la continuidad de la atención además de evitar que la insatisfacción escale hacia el litigio.
- Las fallas en la dimensión interpersonal de la calidad constituyen una fuente frecuente y prevenible de inconformidades; por ello, la comunicación efectiva debe entenderse como una competencia clínica de primer orden.
- Una proporción importante de los conflictos puede resolverse mediante escucha, explicación suficiente, información clara y trato digno, antes de que la controversia escale hacia vías más prolongadas y costosas.
- El número de quejas no debe interpretarse, por sí solo, como un indicador directo de mala calidad en la atención médica: una queja no equivale necesariamente a una falla, y la valoración de mala práctica requiere el análisis integral del expediente clínico, las pruebas disponibles y el contexto del acto médico.

- Frente a procesos judiciales que pueden extenderse de 3 a 15 años, el arbitraje médico permite resolver casos complejos en semanas o pocos meses, sin eliminar la responsabilidad, sino delimitándola y resolviéndola mediante un análisis técnico, colegiado e imparcial.

La resolución temprana, técnica e imparcial de las controversias no es solo una alternativa frente al ámbito judicial; también es una vía para proteger el derecho a la salud, fortalecer la seguridad del paciente y reconstruir la confianza que sostiene la relación médico-paciente.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: DOF; 3 jun 1996
2. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGMASC.pdf>
3. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. México: DOF; 15 ene 2026
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe Anual de Actividades CONAMED 2025. México: Secretaría de Salud; 2026
5. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj. 2006;74(6):495-503
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Rev Calidad Asist. 2001;16(Supl 1):S29-S38
7. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001
8. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: World Health Organization; 2021

9. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-1191
10. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142(4):260-273
11. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559
12. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med*. 2016;374(4):354-362
13. Shouhed D, Beni C, Manguso N, IsHak WW, Gewertz BL. Association of emotional intelligence with malpractice claims: a review. *JAMA Surg*. 2019;154(3):250-256
14. Austin EE, Do V, Nullwala R, Pulido DF, Hibbert PD, Braithwaite J, et al. Systematic review of the factors and the key indicators that identify doctors at risk of complaints, malpractice claims or impaired performance. *BMJ Open*. 2021;11(8):e050377. doi:10.1136/bmjopen-2021-050377
15. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011;213(5):657-667
16. Kachalia A, Sands K, Van Niel M, Dodson S, Roche S, Novack V, et al. Effects of a communication-and-resolution program on hospitals' malpractice claims and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(11):1836-1844
17. NHS Resolution. Early Notification Scheme: Annual Report 2023/24. London: NHS Resolution; 2024
18. Bismark M, Paterson R. No-fault compensation in New Zealand: harmonizing injury compensation, provider accountability, and patient safety. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(1):278-283
19. Mello MM, Kachalia A, Roche S, Van Niel M, Buchsbaum L, Dodson S, et al. Outcomes in two communication-and-resolution programs. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(10):1795-1803
20. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-770
21. Dekker S. Just Culture: Balancing Safety and Accountability. Aldershot: Ashgate; 2007

Nota:

Las cifras operativas corresponden a los datos del Informe Anual de Actividades CONAMED 2025.

Consideraciones éticas:

El presente trabajo se desarrolló conforme a los principios de integridad y ética aplicables a la investigación y publicación científica, así como a la normatividad vigente. Cuando la naturaleza del estudio lo requirió, se obtuvieron las autorizaciones institucionales y aprobaciones éticas correspondientes.

Conflicto de intereses:

Las y los autores forman parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.