

**PRINCIPIOS ÉTICOS Y RESPONSABILIDAD MÉDICA EN EL ARBITRAJE:
GESTIÓN DE CONFLICTOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD***

**ETHICAL PRINCIPLES AND MEDICAL LIABILITY IN ARBITRATION:
CONFLICT MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS**

Santana Ortego, Yumara¹

Ramos Portal, Lázaro Enrique²

Resumen: La responsabilidad de los profesionales de la salud constituye un elemento estructural de la calidad asistencial, la seguridad jurídica y la protección de los derechos de los pacientes en los sistemas sanitarios contemporáneos. El presente artículo analiza, desde una perspectiva jurídico-ética e interdisciplinaria, los principales conflictos que se generan en las instituciones de salud, sus factores causales, su tipología jurídica y los principios éticos que deben regir el arbitraje médico como mecanismo alternativo de solución de controversias. Se examina asimismo la dimensión institucional del sistema arbitral en salud y se propone un modelo de acreditación y certificación del árbitro médico. Mediante un diseño metodológico cualitativo sustentado en entrevistas semiestructuradas realizadas a doce expertos en métodos alternos de solución de conflictos (MASC) en materia sanitaria y en un exhaustivo análisis bibliográfico, se identificaron y jerarquizaron las

* Artículo de investigación en extenso. Artículo recibido: 11 de mayo de 2026. Artículo aprobado: 10 de junio de 2026.

¹Doctora en Métodos Alternos de Solución de Conflictos y Máster en Ciencias Políticas por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Especialista en Medicina General Integral y Doctora en Medicina por la Facultad de Medicina Julio Trigo López, La Habana, Cuba. Catedrática de Medicina Forense y Criminología, UANL. San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. Fundadora de la Red Global de Criminología. Correo electrónico: ysantanaog@uanl.edu.mx. ORCID: 0000-0002-0570-3317.

²Doctor en Criminología por la Universidad Autónoma de Nuevo León y Doctor en Ciencias Jurídicas por la Universidad de La Habana, Cuba. Catedrático de Derecho penal y Criminología, Facultad de Derecho y Criminología, UANL. Coordinador de la Red Global de Criminología. San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. Correo electrónico: lazaro.ramosp@uanl.edu.mx. ORCID: 0000-0002-7478-6371

categorías éticas que los especialistas consideran determinantes para garantizar la legitimidad del proceso arbitral: valores éticos (100 %), imparcialidad y prestigio profesional (91.67 % respectivamente), disponibilidad (83.33 %) e independencia (75 %). Los hallazgos evidencian que la articulación entre la deontología jurídica, los principios biomédicos y el conocimiento técnico especializado de los árbitros constituye condición necesaria para que el arbitraje médico sea un instrumento eficaz de justicia alternativa. Se propone un modelo conceptual integrador orientado a la gestión ética y técnicamente fundada de los conflictos institucionales en salud.

Palabras clave: responsabilidad médica, principios éticos, arbitraje médico, conflictos institucionales en salud, deontología jurídica, métodos alternos de solución de conflictos.

Abstract: The responsibility of healthcare professionals constitutes a structural element of quality care, legal certainty, and the protection of patients' rights in contemporary health systems. This article analyzes, from a legal-ethical and interdisciplinary perspective, the main conflicts arising in healthcare institutions, their causal factors, legal typology, and the ethical principles that must govern medical arbitration as an alternative dispute resolution mechanism. The institutional dimension of the health arbitration system is also examined, and a model for the accreditation and certification of the medical arbitrator is proposed. Through a qualitative methodological design—based on semi-structured interviews with twelve experts in alternative dispute resolution (ADR) in healthcare matters and a comprehensive bibliographic analysis—the ethical categories most relevant to guaranteeing the legitimacy of the arbitral process were identified and ranked: ethical values (100%), impartiality and professional prestige (91.67% respectively), availability (83.33%), and independence (75%). The findings demonstrate that the articulation of legal deontology, biomedical principles, and the specialized technical knowledge of arbitrators is a necessary condition for medical arbitration to function as an effective instrument of alternative justice. A comprehensive conceptual model is proposed, oriented toward the ethical and technically grounded management of institutional conflicts in healthcare.

Keywords: medical liability, ethical principles, medical arbitration, institutional health conflicts, legal deontology, alternative dispute resolution.

Sumario: I. Introducción. II. La responsabilidad de los profesionales de la salud: marco jurídico y tipología. III. Los principales conflictos en las instituciones de salud: causas, tipos y dimensión institucional. IV. El arbitraje médico como mecanismo de resolución de conflictos en salud. V. Deontología jurídica y principios éticos en la función arbitral. VI. El conocimiento especializado como valor intangible del árbitro médico. VII. El sistema institucional de arbitraje médico: estructura, acreditación y prevención. VIII. Perspectiva comparada del arbitraje médico en América Latina. IX. Metodología. X. Discusión de los resultados. XI. Conclusiones. XII. Referencias bibliográficas.

I. Introducción.

Las instituciones de salud constituyen espacios de alta complejidad organizacional, técnica y relacional, en los que confluyen actores con intereses, expectativas y marcos normativos profundamente distintos: profesionales de la salud, pacientes, familias, aseguradoras, instituciones públicas y privadas, y el Estado. Esta convergencia genera un entorno propicio para la emergencia de conflictos de diversa naturaleza —clínica, administrativa, ética y jurídica— cuya resolución eficaz y justa representa uno de los desafíos más relevantes de los sistemas sanitarios contemporáneos. En Nuevo León, una entidad con una infraestructura hospitalaria de alta complejidad y una dinámica prestación de servicios de salud tanto pública como privada, los conflictos institucionales en materia médica revisten particular importancia y demandan respuestas institucionales específicas.

El sistema judicial ordinario enfrenta limitaciones estructurales para resolver, con la celeridad y la tecnicidad que los casos requieren, controversias que involucran simultáneamente criterios médicos, jurídicos, éticos y bioéticos. Esta insuficiencia ha motivado, a nivel nacional e internacional, el desarrollo de mecanismos alternos de solución de conflictos (MASC) en el ámbito sanitario, entre los cuales el arbitraje médico ocupa un lugar preeminente por su naturaleza heterocompositiva, su fuerza vinculante y su capacidad para integrar conocimiento especializado en el proceso decisorio. Sin embargo, la eficacia y la legitimidad del arbitraje médico no dependen únicamente de su

diseño normativo, sino de los principios éticos que rigen la actuación de los árbitros, de la calidad técnica de su formación y del marco institucional que lo sustenta.

El presente artículo se propone, en este marco, analizar la interrelación entre los principales tipos de conflictos que se generan en las instituciones de salud, la responsabilidad médica como eje jurídico de dichas controversias, los principios éticos que deben sustentar la función arbitral, la estructura institucional necesaria para consolidar el arbitraje médico como alternativa real de justicia, y la experiencia comparada en América Latina como referente de política pública. La investigación que lo sustenta adopta un enfoque metodológico cualitativo, apoyado en entrevistas semiestructuradas a expertos y en análisis bibliográfico sistemático, y contribuye al debate sobre los MASC en el ámbito sanitario desde una perspectiva que integra el derecho, la bioética, la deontología jurídica y la medicina.

El artículo se estructura en once secciones. Tras la introducción, se desarrolla el marco jurídico de la responsabilidad médica y su tipología. La tercera sección caracteriza los principales conflictos en las instituciones de salud. La cuarta analiza el arbitraje médico como mecanismo de resolución. Las secciones quinta y sexta abordan la deontología jurídica y el conocimiento especializado como fundamentos del árbitro médico. La séptima examina la dimensión institucional del arbitraje médico. La octava desarrolla la perspectiva comparada en América Latina. La novena presenta el diseño metodológico; la décima discute los resultados empíricos; y la undécima formula las conclusiones.

II. La responsabilidad de los profesionales de la salud: marco jurídico y tipología.

La responsabilidad de los profesionales de la salud constituye uno de los pilares del ordenamiento jurídico-sanitario moderno. En su dimensión más amplia, abarca a todos los sujetos vinculados a la prestación de servicios médicos —médicos, personal de enfermería, farmacéuticos, terapeutas, técnicos y personal administrativo—, quienes asumen un conjunto de obligaciones cuyo incumplimiento genera consecuencias en los planos civil, administrativo y penal, según la naturaleza y gravedad de la conducta imputable. La relevancia de esta responsabilidad se intensifica en la medida en que la

relación médico-paciente está atravesada por asimetrías de información, por la confianza como presupuesto esencial del vínculo terapéutico y por la frecuente irreversibilidad de los daños que puede producir una actuación inadecuada.

Desde la perspectiva jurídica, la responsabilidad médica se articula en torno a la noción de *lex artis*, entendida como el conjunto de reglas técnicas y protocolos clínicos que definen el estándar de actuación exigible a un profesional de la salud en función de su especialidad, el estado del arte científico, las circunstancias concretas del caso y los recursos disponibles. El incumplimiento de la *lex artis* que produce daños al paciente activa los mecanismos de exigibilidad jurídica, cuya configuración concreta depende de la naturaleza del vínculo —contractual o extracontractual— y del tipo de conducta imputable o atribuible al profesional.³

La doctrina identifica tres modalidades principales de conducta médica generadora de responsabilidad. La *negligencia* se caracteriza por la omisión del cuidado exigible: aunque no es intencional, produce consecuencias lesivas derivadas de la falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones médicas. La *impericia* implica la deficiencia en las habilidades o conocimientos técnicos requeridos por la *lex artis*, ya sea por insuficiente formación, desactualización o incumplimiento de protocolos establecidos. El *dolo*, por su parte, supone la intención deliberada de causar daño o la conciencia de que la actuación producirá un resultado perjudicial; es excepcional en el ámbito sanitario, pero reviste mayor gravedad jurídica y se proyecta preferentemente hacia la vía penal.⁴

Los daños derivados de la actuación médica inadecuada pueden ser de naturaleza física —lesiones, secuelas anatómicas o funcionales—, psicológica —daño emocional, trastorno por estrés postraumático—, patrimonial —gastos médicos, pérdida de ingresos, incapacidad laboral— o moral —afectación de la dignidad, el proyecto de vida o las relaciones familiares—. Esta pluralidad de dimensiones justifica la existencia de mecanismos especializados de resolución de conflictos capaces de integrar perspectivas clínicas, jurídicas y éticas, como el arbitraje médico, cuya estructura decisoria está diseñada precisamente para dar cuenta de esta complejidad.

³Pérez Fuentes, Gisela María, «La responsabilidad civil médico-sanitaria en México desde la jurisprudencia de la Décima Época», *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 30, enero-junio de 2020, pp. 175-202.

⁴Acosta-Madiedo, Carlos Darío, «Responsabilidad médica, naturaleza y carga de la prueba», *Revista de Derecho Privado*, núm. 43, 2010, pp. 8-26.

En México, la jurisprudencia de la Décima Época ha precisado que la responsabilidad civil extracontractual médico-sanitaria es de medios y no de resultados. Ello significa que los profesionales de la salud y las instituciones que los emplean tienen el deber de desplegar todas las conductas necesarias para la consecución del objetivo terapéutico conforme a la *lex artis*, con independencia de que el resultado esperado se alcance o no.⁵ El eje de la evaluación jurídica se desplaza, así, desde el resultado clínico final hacia el proceso de atención, lo que exige una valoración técnica altamente especializada que el sistema judicial ordinario no siempre está en condiciones de realizar con la profundidad y la certeza requeridas. El arbitraje médico, al contar con árbitros de formación clínica y jurídica simultánea, responde estructuralmente a esta exigencia.

La tipología de conflictos susceptibles de arbitraje médico abarca, entre los supuestos más frecuentes: negligencia, impericia, lesiones, daños y perjuicios, violaciones de derechos humanos, transgresiones bioéticas e incumplimiento de obligaciones administrativas.⁶ Esta diversidad temática exige que el árbitro médico posea una formación verdaderamente interdisciplinaria, capaz de articular el dominio clínico, el conocimiento jurídico y la sensibilidad ética en cada caso concreto.

III. Los principales conflictos en las instituciones de salud: factores etiológicos y tipología.

Las instituciones de salud son, por su propia naturaleza, escenarios de alta conflictividad potencial. La confluencia de intereses divergentes entre pacientes, familias, profesionales clínicos, administradores hospitalarios, aseguradoras y autoridades sanitarias crea una arquitectura relacional en la que el conflicto no es una anomalía sino una posibilidad estructuralmente inmanente. Comprender las causas, los tipos y las dinámicas de estos conflictos es condición previa para diseñar mecanismos eficaces de prevención y resolución.

⁵ Pérez Fuentes, Gisela, “Responsabilidad civil médica y la aplicación de los daños punitivos en México”, *Revista IUS*, México, 2020, núm. 2, diciembre, pp. 107-117, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472020000200143&script=sci_arttext.

⁶ Valle González, Alfredo y Fernández Varela Mejía, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, México, Trillas, 2009, pp. 52-60.

1. Factores etiológicos de los conflictos institucionales en salud

La etiología de los conflictos en las instituciones de salud es multifactorial. La literatura especializada y los datos empíricos recogidos en la investigación que sustenta este artículo permiten identificar seis grandes categorías de factores causales.⁷

En primer lugar, los factores comunicacionales. La insuficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes o sus familias es, de manera consistente, el factor más frecuentemente citado en los estudios sobre conflictos medicolegales. La falta de información adecuada sobre el diagnóstico, el tratamiento o los riesgos del procedimiento, la utilización de un lenguaje técnico inaccesible para el paciente y la ausencia de un proceso sistemático de consentimiento informado generan percepciones de abandono, engaño o negligencia que en muchos casos no guardan relación con la calidad objetiva de la atención recibida, pero que resultan igualmente capaces de desencadenar un conflicto jurídico.⁸

En segundo lugar, los factores estructurales e institucionales. Las deficiencias en la organización interna de las instituciones de salud —ausencia de protocolos claros, insuficiencia de personal, inadecuada distribución de funciones, carencias en los sistemas de registro y documentación clínica— generan condiciones que incrementan el riesgo de errores y dificultan la rendición de cuentas. El expediente clínico incompleto o mal elaborado es, en este sentido, un factor de riesgo tanto para la seguridad del paciente como para la defensa jurídica del profesional de la salud en caso de controversia.⁹

En tercer lugar, los factores relacionados con los recursos. La escasez de insumos médicos, la obsolescencia de equipos, la insuficiencia de camas hospitalarias y las limitaciones presupuestarias que condicionan las decisiones clínicas son fuentes frecuentes de conflicto, especialmente en las instituciones del sector público. Cuando el profesional de la salud se ve obligado a tomar decisiones clínicas condicionadas por la falta de recursos, la responsabilidad jurídica del error no puede recaer exclusivamente

⁷Ruiz, William, «La responsabilidad médica en Colombia», *Revista Criterio Jurídico*, vol. 1, núm. 4, 2004, pp. 195-216.

⁸Espinosa-Carrión, Fabián *et al.*, «Ética: mecanismos para enfrentar conflictos en salud», *FAC-SALUD. UNEMI*, vol. 5, núm. 8, 2021, pp. 30-38.

⁹Sánchez Barrón, Luis Antonio, Cantú-Martínez, Pedro y Gómez Guzmán, Luis Gerardo, «Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social», en Cantú-Martínez, Pedro (coord.), *Bienestar y salud*, 1a. ed., Monterrey, UANL, 2020, pp. 25-44.

sobre él, sino que debe distribuirse entre el profesional y la institución, en función de las circunstancias concretas.

En cuarto lugar, los factores relacionados con la formación y la actualización profesional. La velocidad del avance científico-tecnológico en medicina exige una formación continua que no siempre es garantizada institucionalmente. La desactualización de conocimientos y habilidades clínicas constituye un factor de riesgo de impericia que, en caso de producir daños al paciente, puede generar responsabilidad médica.¹⁰

En quinto lugar, los factores relacionados con la subordinación de los médicos a lógicas administrativo-financieras. La progresiva integración de los profesionales de la salud en estructuras institucionales gestionadas con criterios empresariales —aseguradoras, consorcios hospitalarios, clínicas privadas— reduce la autonomía clínica y puede generar conflictos entre las exigencias del paciente, las directrices del empleador y el juicio del médico.¹¹

En sexto lugar, los factores bioéticos y de derechos del paciente. El creciente reconocimiento de los derechos del paciente —autonomía, información, consentimiento, privacidad, no discriminación— ha expandido el campo de los conflictos potenciales en las instituciones de salud. Las situaciones de fin de vida, la negativa al tratamiento, la interrupción del embarazo, la confidencialidad de la información genética y los dilemas en torno a los tratamientos experimentales son áreas de conflicto bioético de creciente relevancia práctica y jurídica.

2. Tipología de los conflictos en las instituciones de salud

Sobre la base de la etiología descrita, es posible construir una tipología de los conflictos que se generan en las instituciones de salud, considerando tanto su naturaleza como el plano en que se manifiestan.¹²

Los **conflictos asistenciales** son aquellos que tienen su origen en la actuación clínica directa del profesional de la salud sobre el paciente: errores diagnósticos, deficiencias en el tratamiento, complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos,

¹⁰Chávez Aguilar, Víctor, «Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS», *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 43, núm. 2, 2002, pp. 175-180.

¹¹Gálvez Santillán, Eduardo, «Trabajo decente: una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional», *Trayectorias*, vol. 18, núm. 42, 2016, pp. 94-108.

¹²Valle González, Alfredo y Fernández Varela Mejía, Héctor, *op. cit.*, pp. 128-134.

reacciones adversas a medicamentos no detectadas oportunamente. Son los conflictos más directamente vinculados a la responsabilidad médica y los que con mayor frecuencia desembocan en reclamaciones jurídicas formales.

Los conflictos informacionales surgen de la ausencia, insuficiencia o inadecuación de la comunicación entre el equipo de salud y el paciente o su familia: falta de consentimiento informado, información insuficiente sobre el diagnóstico o el pronóstico, acceso indebido o negado a la historia clínica. Estos conflictos son especialmente frecuentes en los sistemas de salud con alta rotación de profesionales o en instituciones sin protocolos estandarizados de comunicación clínica.

Los conflictos éticos y bioéticos emergen cuando las decisiones clínicas entran en tensión con los principios de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia o justicia: negativa del paciente a un tratamiento necesario, dilemas en torno al tratamiento de menores o incapaces, desacuerdos sobre el acceso a cuidados paliativos o la limitación del esfuerzo terapéutico. Estos conflictos requieren, frecuentemente, la intervención de instancias especializadas como los comités de bioética hospitalaria o, en caso de controversia jurídica, de árbitros con formación específica.

Los conflictos administrativos e institucionales se producen entre los profesionales de la salud y las instituciones en las que prestan sus servicios: incumplimiento de contratos laborales, violación de derechos de los trabajadores de la salud, conflictos en torno a las condiciones de trabajo, la evaluación del desempeño o la distribución de incentivos. Si bien no involucran directamente al paciente, su impacto sobre el ambiente laboral y la calidad asistencial puede ser sumamente significativo.

Los conflictos entre instituciones se generan entre distintas instituciones del sistema de salud: conflictos de competencia entre hospitales y centros de atención primaria, disputas en torno a la derivación de pacientes, desacuerdos sobre la cobertura de prestaciones entre aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios. Su resolución exige mecanismos que trasciendan el ámbito de las instituciones individuales y que consideren la lógica sistémica del sector salud.

La encuesta realizada por la Fundación Mexicana de Salud identificó como principales factores generadores de conflicto en los servicios de salud: deficiente calidad de la atención (44 %), falta de recursos (30 %) y reducción en la accesibilidad, altos costos

y pago múltiple de servicios (26 %).¹³ Estos datos revelan que la mayoría de los conflictos tiene raíces institucionales y sistémicas que superan la responsabilidad individual del profesional, lo que exige respuestas igualmente sistémicas que incluyan tanto mecanismos de prevención como de resolución.

IV. El arbitraje médico como mecanismo de resolución de conflictos en salud.

El arbitraje médico es un mecanismo heterocompositivo de resolución de conflictos que opera fuera del ámbito jurisdiccional ordinario y se caracteriza por la intervención de uno o más árbitros —dotados de conocimientos especializados en materia médica y jurídica— cuya decisión, el laudo, tiene efectos vinculantes para las partes. Su naturaleza híbrida, a la vez técnica y jurídica, lo distingue de otros MASC como la mediación o la conciliación, y le confiere un alcance resolutivo más determinante. A diferencia de los tribunales ordinarios, el arbitraje médico permite incorporar árbitros con formación clínica que comprenden el lenguaje médico, los protocolos de actuación y los estándares de calidad de la especialidad involucrada en la controversia.¹⁴

El arbitraje médico cumple tres funciones estructurales en el sistema de salud. La función resolutiva consiste en proporcionar una solución jurídicamente válida y técnicamente fundada a la controversia, evitando la prolongación indefinida del conflicto y sus efectos perjudiciales para las partes. La función *preventiva* opera a través del efecto disuasivo que tiene la existencia de mecanismos eficientes de resolución: el conocimiento de que las deficiencias asistenciales pueden ser efectivamente sancionadas incentiva a los profesionales e instituciones a elevar sus estándares de calidad y a documentar adecuadamente los procesos de atención. La función *sistémica* se ejerce a través de los laudos, que al identificar patrones de conducta inadecuada y formular recomendaciones

¹³ Valle González, Francisco y Fernández Varela Mejía, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, México, Trillas, 2009.

¹⁴ Sánchez-Castañeda, Alfredo, Márquez Gómez, Daniel y Camarillo Cruz, Beatriz (coords.), *Desafíos de los medios alternativos de solución de controversias en el derecho mexicano contemporáneo*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2023, pp. 115-145; Gorjón Gómez, Francisco Javier y Sánchez García, Arnulfo, *Vademécum de mediación y arbitraje*, 2a. ed., México, Tirant lo Blanch, 2021, pp. 45-52; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”, *Revista CONAMED*, México, vol. 28, núm. 4, octubre-diciembre de 2023, pp. 161-219, <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2023/con234b.pdf>.

contribuyen a la mejora continua de la calidad asistencial y al fortalecimiento de la cultura de rendición de cuentas en el sector.¹⁵

La legitimidad del arbitraje médico descansa en dos pilares fundamentales: la especialización técnica y la integridad ética de sus árbitros. Como señalan Fernández, Sánchez y Stampa, «solo un árbitro independiente y responsable puede dictar un laudo libre de compromisos adquiridos y emancipado de prejuicios mediatizados por los intereses de las partes».¹⁶ Esta afirmación subraya que la calidad técnica del laudo y su aceptación por las partes dependen, de manera indisociable, de la autoridad moral y la imparcialidad del árbitro.

El arbitraje médico no opera de manera aislada, sino en el marco de un ecosistema más amplio de MASC en salud que incluye la mediación, la conciliación y los comités de bioética hospitalaria. La articulación funcional entre estos mecanismos —en la que la mediación puede preceder al arbitraje y los comités de bioética pueden aportar criterios orientadores al árbitro— potencia la eficacia del sistema en su conjunto y reduce la conflictividad residual que llega a la vía judicial.¹⁷

V. Deontología jurídica y principios éticos en la función arbitral.

La deontología designa la ciencia de los deberes u obligaciones morales inherentes al ejercicio de una profesión. Su formulación moderna, atribuida a Jeremy Bentham (1748-1832), la define como la disciplina orientada a determinar lo que es correcto y lo que debería ser, con un enfoque utilitarista que evalúa la bondad de los actos en función del bienestar que generan.¹⁸ Aplicada al ámbito jurídico, la deontología establece el marco normativo que regula la conducta de los profesionales del derecho y de quienes ejercen

¹⁵ Gorjón Gómez, Francisco Javier y Steele Garza, José Guadalupe, *Métodos alternativos de solución de conflictos*, 3a. ed., México, Oxford University Press, 2020, pp. 210-225; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”, *Revista CONAMED*, México, vol. 28, núm. 4, octubre-diciembre de 2023, pp. 161-219, <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2023/con234b.pdf>; Sánchez-Castañeda et al., *op. cit.*, pp. 117-120.

¹⁶ *Ibidem*, p. 197: «solo un árbitro independiente y responsable puede dictar un laudo libre de compromisos adquiridos y emancipado de prejuicios mediatizados por los intereses de las partes».

¹⁷ Gorjón Gómez, Francisco, *Mediación, su valor intangible y efectos operativos. Una visión integradora de los métodos alternos de solución de conflictos*, Ciudad de México, Tirant lo Blanch, 2017, p. 89.

¹⁸ Bentham, Jeremy, *Deontología o Ciencia de la Moral*, trad. de B. Ansolabehere, reimpr., Barcelona, Linkgua, 2009, pp. 1-15.

funciones cuasijurisdiccionales, como los árbitros, estableciendo los estándares de integridad, independencia, imparcialidad y responsabilidad que deben guiar su actuación.

En el contexto del arbitraje médico, la deontología jurídica requiere que el árbitro equilibre dos perspectivas éticas que pueden resultar aparentemente contrapuestas: la ética de la convicción —actuar según principios éticos absolutos, con independencia de las consecuencias— y la ética de la responsabilidad —ponderar las consecuencias prácticas de la decisión para las partes y el sistema de salud en su conjunto—. ¹⁹ La integración de ambas perspectivas es condición de una función arbitral plena. En el arbitraje médico, donde las decisiones pueden tener impacto directo sobre la salud, el patrimonio y la reputación de los involucrados, esta integración adquiere una dimensión de especial urgencia.

1. Principios éticos cardinales del árbitro médico

La imparcialidad constituye el principio rector de la función arbitral. Implica la actuación libre de presiones externas y la ausencia de predisposición favorable o desfavorable hacia alguna de las partes. Fernández, Sánchez y Stampa distinguen la imparcialidad —como estado subjetivo del árbitro— de la independencia —como atributo objetivo verificable mediante las relaciones del árbitro con las partes—. ²⁰ En el arbitraje médico, la imparcialidad exige además que el árbitro se abstenga de aplicar sus propios criterios clínicos como si fueran el estándar de la especialidad, valorando en cambio la actuación del médico demandado conforme al estado del arte vigente al momento de los hechos.

La independencia remite a la ausencia de vínculos —económicos, profesionales, personales o institucionales— que puedan comprometer la objetividad del árbitro. Su garantía pasa por la declaración de intereses, la posibilidad de recusación y la supervisión institucional del proceso de designación de árbitros. ²¹ En el sector salud, donde la red de relaciones profesionales suele ser particularmente densa, la independencia del árbitro médico debe ser verificada con especial rigor.

¹⁹Weber, Max, *El político y el científico*, trad. de Francisco Rubio Llorente, Madrid, Alianza, 2013, pp. 163-164.

²⁰Fernández, Roque, Sánchez, Lorenzo y Stampa, Gonzalo, *op. cit.*, p. 205.

²¹*Ibidem*, pp. 221-225.

La disponibilidad alude a la capacidad del árbitro para dedicar el tiempo y la atención necesarios a la tramitación y resolución del procedimiento con la celeridad requerida. En el contexto sanitario, la demora en la resolución de los conflictos tiene consecuencias que van más allá de lo patrimonial: afecta la situación emocional de los pacientes, la reputación profesional de los médicos y, en ocasiones, la continuidad de la atención. La disponibilidad del árbitro es, por tanto, un factor de eficacia y justicia, no solo de eficiencia procesal.

Los valores éticos —honestidad, justicia, equidad, respeto a la dignidad humana— son el fundamento sobre el que se construyen la confianza de las partes y la legitimidad del laudo. Las propias partes, al elegir al árbitro, reconocen y validan su idoneidad técnica y ética, basándose en su prestigio profesional, que opera como indicador ex ante de su calidad y honorabilidad. La transparencia en la comunicación y la fundamentación del laudo garantiza que las partes comprendan los criterios que sustentan la decisión, lo que fortalece la aceptación del resultado y reduce las probabilidades de impugnación.

2. Deontología jurídica y principios biomédicos: confluencia necesaria.

En el arbitraje médico, la deontología jurídica confluye necesariamente con los principios bioéticos que rigen la práctica clínica: respeto a la autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia. Esta confluencia resulta especialmente relevante cuando la controversia involucra decisiones clínicas con impacto sobre la salud o la vida del paciente, dado que la evaluación del comportamiento médico no puede realizarse sin considerar el marco ético en que dicho comportamiento se inscribe. La deontología jurídica, al establecer las normas de conducta del árbitro, y los principios bioéticos, al dotar de contenido la valoración de la actuación médica, configuran un sistema normativo integrado que permite adoptar decisiones técnicamente fundadas, éticamente orientadas y jurídicamente válidas.

La confidencialidad de la información médica constituye, en este marco, un principio ético de especial relevancia. La historia clínica, los resultados de los estudios diagnósticos y toda la información sensible aportada al proceso arbitral deben ser tratados con la máxima reserva. El árbitro médico tiene el deber de garantizar que el proceso se desarrolle en condiciones de estricta confidencialidad, lo que no solo protege la privacidad

de las partes, sino que también facilita su apertura informativa, condición indispensable de un proceso arbitral plenamente informado y justo.

VI. El conocimiento especializado como valor intangible del árbitro médico.

El conocimiento especializado constituye uno de los valores intangibles más relevantes del árbitro médico. Gorjón Gómez señala que, como valor intangible del MASC, el conocimiento especializado implica que el árbitro: comprende en profundidad el conflicto, sus componentes y sus consecuencias; orienta sus técnicas hacia la solución más justa y fundamentada; genera en las partes un sentimiento de seguridad y confianza derivado de la certeza de ser atendidas por un experto; y visualiza escenarios futuros para generar estrategias *ad hoc* adaptadas a la situación concreta.²²

La especialización del árbitro médico tiene una doble dimensión inseparable. La dimensión clínica comprende el dominio de los protocolos de actuación, los estándares de la especialidad involucrada, la terminología médica y los criterios de evaluación de la calidad asistencial. La dimensión jurídica abarca el conocimiento de los principios procesales del arbitraje, el marco normativo de la responsabilidad médica, las reglas de valoración de la prueba pericial y los criterios de fundamentación del laudo. Ninguna de estas dos dimensiones puede suplir a la otra: un árbitro con excelente formación clínica pero deficiente conocimiento jurídico no puede garantizar la validez procesal del laudo; y un jurista sin conocimiento médico no puede evaluar con certeza la actuación clínica cuestionada.

La formación continua del árbitro médico es, en consecuencia, un imperativo deontológico que se proyecta sobre todas las dimensiones de su función. Los avances de la medicina son acelerados y los estándares de la *lex artis* se actualizan con frecuencia; un árbitro que juzga la conducta médica de conformidad con criterios clínicos superados compromete la justicia del laudo. Asimismo, la evolución del marco jurídico de la responsabilidad médica exige una actualización permanente de los conocimientos legales del árbitro. Los centros de arbitraje médico deben, en este sentido, establecer programas

²²Gorjón Gómez, Francisco, *op. cit.*, pp. 89-94.

de formación continua y criterios de acreditación periódica para sus árbitros como condición de calidad del sistema.²³

El conocimiento especializado, sin embargo, no agota el perfil del árbitro médico de calidad. A la competencia técnica deben sumarse la integridad ética, la disponibilidad operativa y el reconocimiento institucional derivado de una trayectoria profesional acreditada. La integración de estas dimensiones —técnica, ética, operativa e institucional— define al árbitro médico capaz de resolver con justicia y rigor los complejos conflictos que se generan en las instituciones de salud.²⁴

VII. El sistema institucional de arbitraje médico: estructura, acreditación y prevención.

La consolidación del arbitraje médico como instrumento efectivo de justicia alternativa en el ámbito sanitario trasciende la figura individual del árbitro y exige la construcción de un sistema institucional sólido, coherente y éticamente orientado. Este sistema debe articular tres componentes interdependientes: la estructura organizacional del proceso arbitral, el sistema de acreditación y certificación de los árbitros médicos, y las políticas de prevención de conflictos que reduzcan la conflictividad estructural antes de que esta llegue a la instancia arbitral.²⁵

1. Estructura organizacional del proceso arbitral en salud

El proceso de arbitraje médico se estructura, en su modelo básico, en cuatro fases secuenciales e interrelacionadas. La fase de *admisión* comprende la recepción de la demanda arbitral, la verificación de la competencia del centro o del árbitro, la constatación de la existencia de un acuerdo arbitral válido y la designación del árbitro o panel arbitral. La fase de *instrucción* abarca el intercambio de escritos de alegaciones, la práctica de pruebas periciales y documentales, y la realización de comparecencias o audiencias. La fase de *deliberación* supone el análisis técnico y jurídico de los hechos y del material probatorio por parte del árbitro o panel, con la posibilidad de solicitar dictámenes

²³Gorjón Gómez, Francisco, *op. cit.*, pp. 91-94.

²⁴Gorjón Gómez, Francisco, *op. cit.*, p. 95.

²⁵Gorjón Gómez, Francisco, *op. cit.*, pp. 97-102.

adicionales de expertos en las especialidades clínicas involucradas. La fase de *resolución* culmina con la emisión del laudo, que debe ser suficientemente motivado tanto en sus fundamentos clínicos como en sus bases jurídicas.

La estructura del proceso arbitral en materia de salud debe prever, además, mecanismos específicos que atiendan la particular naturaleza de las controversias sanitarias: la posibilidad de acordar medidas cautelares urgentes en caso de que la demora en la resolución pueda agravar los daños del paciente; la garantía de confidencialidad reforzada respecto de los datos médicos aportados al proceso; la facultad del árbitro de ordenar peritajes clínicos independientes cuando las pruebas aportadas por las partes resulten contradictorias o insuficientes; y la previsión de un sistema de ejecución ágil del laudo que garantice su eficacia práctica.²⁶

2. Sistema de acreditación y certificación del árbitro médico

La calidad del arbitraje médico depende, en última instancia, de la calidad de sus árbitros. Un sistema de acreditación y certificación riguroso, gestionado por instancias independientes de reconocida solvencia institucional, es condición necesaria de la confianza de los usuarios y de la legitimidad social del proceso arbitral.²⁷

Los criterios de acreditación del árbitro médico deben articularse en cuatro dimensiones. La dimensión académica exige, como mínimo, formación de posgrado en derecho sanitario o en métodos alternos de solución de conflictos, complementada con formación clínica acreditada en la especialidad médica de referencia. La dimensión experiencial requiere una trayectoria práctica acreditada tanto en el ejercicio de la medicina o del derecho sanitario como en la conducción de procesos de resolución de controversias. La dimensión ética impone la ausencia de antecedentes disciplinarios o deontológicos, la suscripción de un código de conducta del árbitro médico y la declaración anual de intereses. La dimensión de actualización obliga a la participación en programas certificados de formación continua, con periodicidad mínima bienal, que incluyan tanto los avances de la medicina como los desarrollos del marco jurídico aplicable.

²⁶Fernández, Roque, Sánchez, Lorenzo y Stampa, Gonzalo, *op. cit.*, pp. 230-238.

²⁷Valle González, Alfredo y Fernández Varela Mejía, Héctor, *op. cit.*, pp. 174-180.

La acreditación debe ser renovable y revocable, y su gestión debe corresponder a instancias que combinen la representación académica, colegial y de los propios usuarios del sistema arbitral. La transparencia del registro de árbitros acreditados —accesible para las partes que deseen verificar la idoneidad del árbitro de su elección— es condición de confianza en el sistema.²⁸

3. Políticas de prevención de conflictos en las instituciones de salud

El arbitraje médico será más eficaz cuanto menos frecuente sea su necesidad, lo que supone la implementación de políticas institucionales de prevención de conflictos que actúen sobre sus factores causales antes de que estos se conviertan en controversias formales. Estas políticas deben articularse en torno a cinco ejes estratégicos.²⁹

El primero es el fortalecimiento de la comunicación clínica. Esto implica el diseño e implementación de protocolos estandarizados de información al paciente y su familia, la capacitación del personal de salud en habilidades comunicacionales, el establecimiento de un proceso riguroso de consentimiento informado, y la creación de espacios institucionales para la resolución temprana de malentendidos antes de que estos escalen a conflictos formales.

El segundo es la mejora continua de la calidad asistencial. Los programas de auditoría clínica interna, los sistemas de notificación y análisis de eventos adversos, y los comités de calidad hospitalaria son instrumentos esenciales de prevención. La identificación temprana de patrones de error o de desviación de los protocolos permite introducir correcciones antes de que se produzcan daños al paciente.

El tercero es el fortalecimiento de los comités de bioética hospitalaria. Estos órganos, cuando están debidamente constituidos y cuentan con la autoridad institucional necesaria, pueden resolver muchos conflictos bioéticos en su fase inicial, evitando su escalada hacia la vía arbitral o judicial. Su funcionamiento efectivo requiere una composición multidisciplinar, procedimientos claros y mecanismos de seguimiento de sus recomendaciones.

²⁸Sánchez Barrón, Luis Antonio, Cantú-Martínez, Pedro y Gómez Guzmán, Luis Gerardo, *op. cit.*, p. 40.

²⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Modelo mexicano de arbitraje médico*, México, CONAMED, 2003, pp. 21-22. Véase también: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, *Prevención del conflicto derivado del acto médico*, Washington D.C., OPS-OMS, 2018, pp. 3-5, <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/prevencion/intro.php>.

El cuarto es el desarrollo de sistemas institucionales de gestión de quejas. La creación de canales accesibles, confidenciales y eficaces para que los pacientes y sus familias formulen sus inconformidades, con procedimientos de respuesta establecidos y plazos definidos, reduce significativamente la conflictividad que escala a instancias formales.

El quinto es la formación en MASC para el personal de salud. La incorporación de contenidos básicos sobre métodos alternos de solución de conflictos en los programas de formación de los profesionales sanitarios contribuye a generar una cultura institucional de diálogo, negociación y resolución colaborativa que reduce la conflictividad de manera estructural.³⁰

VIII. Perspectiva comparada del arbitraje médico en América Latina.

El análisis de las experiencias de arbitraje médico en el ámbito latinoamericano ofrece referentes valiosos para el diseño y la consolidación del sistema en México. Si bien las diferencias entre los sistemas de salud y los marcos jurídicos nacionales impiden la trasplantación mecánica de modelos, la perspectiva comparada permite identificar lecciones, tendencias y advertencias que enriquecen el debate local.

En Colombia, el arbitraje médico ha experimentado un desarrollo notable en el marco de la Ley 1438 de 2011, que estableció mecanismos de resolución alternativa de conflictos en el sistema de salud y promovió la conciliación como paso previo al litigio. La experiencia colombiana evidencia que la eficacia del arbitraje médico está directamente vinculada a la existencia de árbitros con doble formación —jurídica y clínica—, a la transparencia de los procedimientos y al reconocimiento judicial del laudo arbitral como título ejecutivo.³¹

En Argentina, la responsabilidad médica ha sido objeto de una amplia elaboración jurisprudencial y doctrinaria, y la mediación prejudicial obligatoria en materia de daños ha reducido significativamente la carga judicial en los conflictos medicolegales. No

³⁰ Ruiz, William, *op. cit.*, pp. 208-210.

³¹ Steele Garza, José Guadalupe y Chinchilla Oñate, Carmen, "Reflexiones en torno a la necesidad de fortalecer la cultura de la conciliación y el arbitraje médico en Colombia", *Justicia*, Barranquilla, vol. 25, núm. 38, julio-diciembre de 2020, pp. 13-24, <https://doi.org/10.17081/just.25.38.4366>.

obstante, el arbitraje médico propiamente dicho no ha alcanzado en Argentina el grado de institucionalización que sería deseable, en parte por la resistencia de algunas asociaciones profesionales a someter sus disputas a instancias no judiciales.³²

En Ecuador, la Ley Orgánica de Salud prevé mecanismos de solución amistosa de conflictos en el sistema de salud, y la experiencia de la Defensoría del Pueblo ha contribuido a visibilizar los derechos de los pacientes y a promover vías no litigiosas de resolución. La investigación realizada en el marco del presente artículo encontró referencias relevantes a la situación ecuatoriana en el contexto de los estudios sobre femicidio y violencia institucional que conectan con las discusiones sobre derechos humanos en salud.

La experiencia latinoamericana en su conjunto apunta a tres lecciones fundamentales. Primera: la eficacia del arbitraje médico requiere un respaldo normativo explícito que le confiera fuerza ejecutiva al laudo y que lo integre coherentemente con el resto del sistema de resolución de conflictos en salud. Segunda: la formación y acreditación de los árbitros médicos no puede dejarse al mercado, sino que debe ser regulada por instancias con representación académica, profesional y de los usuarios. Tercera: el arbitraje médico funciona mejor como componente de un sistema integrado de MASC en salud que incluye la mediación, la conciliación y los comités de bioética, y que opera articulado con políticas activas de prevención de conflictos.³³

IX. Metodología.

La investigación adoptó un diseño metodológico cualitativo de carácter descriptivo-interpretativo, orientado, desde el paradigma crítico, a la solución de problemas concretos en el ámbito del arbitraje médico.³⁴ Este enfoque se justifica por la naturaleza del objeto de estudio —los principios éticos de la función arbitral y su incidencia en la calidad del proceso de resolución de conflictos en salud—, que requiere la construcción de sentido a partir de las perspectivas y experiencias de los propios

³²Gálvez Santillán, Eduardo, *op. cit.*, p. 104.

³³Pérez Fuentes, Gisela María, *op. cit.*, pp. 190-195.

³⁴Rodríguez, Gregorio, Gil, Javier y García, Eduardo, *Metodología de la investigación cualitativa*, La Habana, Félix Varela, 2006, p. 66.

expertos del ámbito jurídico-sanitario. Los enfoques cuantitativos resultan insuficientes para capturar la riqueza semántica y la complejidad de las representaciones éticas de los actores involucrados.

La recolección de datos primarios se realizó mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a doce expertos seleccionados por el método de Ranking de Expertos, que combina criterios de formación académica (grado doctoral en áreas jurídicas, médicas o afines), experiencia profesional acreditada en MASC en materia sanitaria (mínimo cinco años), publicaciones científicas indexadas sobre arbitraje médico o responsabilidad sanitaria, y reconocimiento institucional en el campo de los MASC en salud en México y América Latina. El perfil del grupo de expertos incluyó árbitros acreditados, abogados especializados en derecho sanitario, médicos con experiencia en peritaje clínico y académicos vinculados a la investigación en MASC.

El guion de entrevista se estructuró en torno a seis categorías analíticas derivadas de la revisión bibliográfica: imparcialidad, independencia, disponibilidad, valores éticos, prestigio profesional y transparencia. Para cada categoría se formularon preguntas abiertas orientadas a explorar tanto la relevancia atribuida por los expertos a cada principio como las condiciones y mecanismos que, a su juicio, garantizan su observancia en la práctica arbitral. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado, transcritas en su totalidad y sometidas a validación por parte de los entrevistados.

El análisis cualitativo de los datos se realizó mediante codificación axial y selectiva con el apoyo del software MAXQDA 2022, que permitió identificar las frecuencias de referencia a cada subcategoría, las relaciones semánticas entre categorías y los patrones de convergencia y divergencia entre los expertos. Los resultados del análisis empírico se integraron con los hallazgos de la revisión bibliográfica sistemática de la literatura sobre arbitraje médico, deontología jurídica y responsabilidad médica publicada entre 2010 y 2024 en México, América Latina y España.

La validez y confiabilidad del diseño se garantizaron mediante la triangulación de fuentes —bibliografía especializada, perspectivas de expertos de distintos perfiles y análisis de documentos normativos—, la saturación teórica de las categorías de análisis y la revisión por pares de los instrumentos de recolección y análisis de datos. El estudio cumple con los estándares éticos de la investigación cualitativa en ciencias sociales y

jurídicas, incluyendo la confidencialidad de los participantes y la transparencia en la presentación de resultados.

X. Discusión de los resultados.

El análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los doce expertos permitió identificar y jerarquizar las categorías éticas que los especialistas consideran determinantes para la legitimidad y eficacia del arbitraje médico en el contexto de los conflictos institucionales en salud. Los resultados se presentan en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Categorías éticas de la función arbitral: frecuencias de referencia en los expertos entrevistados

Categoría / Subcategoría	Descripción analítica	Frecuencia (%)
Valores éticos	Honestidad, justicia, equidad y respeto a la dignidad humana como fundamento de la confianza de las partes.	100.00
Imparcialidad	Ausencia de predisposición favorable o desfavorable hacia alguna de las partes en el proceso.	91.67
Prestigio profesional	Reconocimiento institucional derivado de trayectoria acreditada, honorabilidad e idoneidad técnica.	91.67
Disponibilidad	Capacidad para dedicar tiempo y atenciones suficientes a la tramitación y resolución del procedimiento.	83.33

Independencia	Ausencia de vínculos económicos, profesionales o personales que comprometan la objetividad del árbitro.	75.00
----------------------	---	-------

Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de entrevistas (MAXQDA 2022).

Los resultados muestran que los *valores éticos* alcanzan el máximo de referencia (100 %), evidenciando un consenso absoluto entre los expertos respecto a que la integridad moral del árbitro es condición *sine qua non* de la calidad del proceso arbitral en materia de salud. Este hallazgo es consistente con la literatura especializada, que posiciona los valores éticos como el fundamento sobre el que se construyen todos los demás atributos del árbitro, y sugiere que la crisis de confianza en los sistemas de resolución de conflictos en salud tiene una raíz ética, no solo técnica o procedimental.³⁵

La imparcialidad y el prestigio profesional alcanzan un 91.67 % de referencia, consolidándose como los principios de mayor relevancia práctica junto con los valores éticos. Ello coincide con los planteamientos de la doctrina arbitral, que señala que son las propias partes quienes confieren protagonismo al árbitro al aceptar su designación, haciéndolo en función de su honorabilidad e idoneidad técnica.³⁶ La disponibilidad, con un 83.33 %, refleja la percepción de los expertos de que la eficiencia temporal del proceso es un factor crítico de justicia en el contexto sanitario. La independencia, con un 75 %, presenta la menor frecuencia, aunque su relevancia jurídica es igualmente significativa; su posición relativa podría explicarse por su carácter más objetivamente verificable mediante mecanismos formales de control.

Tabla 2. Conflictos en instituciones de salud y respuesta del arbitraje médico

Tipo de conflicto	Características principales	Respuesta del arbitraje médico
--------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

³⁵Espinosa-Carrión, Fabián *et al.*, *op. cit.*, pp. 33-35.

³⁶Fernández, Roque, Sánchez, Lorenzo y Stampa, Gonzalo, *op. cit.*, p. 215.

Asistencial	Errores diagnósticos, complicaciones de procedimientos, reacciones adversas no detectadas oportunamente.	Laudo técnicamente fundado en valoración clínica especializada de la actuación médica.
Informacional	Falta de consentimiento informado, comunicación insuficiente, acceso negado o indebido a la historia clínica.	Evaluación del cumplimiento de protocolos de información y consentimiento con criterios jurídicos y éticos.
Bioético	Autonomía del paciente, decisiones de fin de vida, dilemas en torno al acceso a tratamientos.	Árbitro con formación bioética integra criterios biomédicos y jurídicos para una decisión éticamente orientada.
Administrativo-institucional	Incumplimiento de contratos laborales, condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.	Mecanismo ágil y confidencial para la resolución de disputas internas sin afectar la continuidad asistencial.
Interinstitucional	Disputas entre hospitales, aseguradoras y centros de atención primaria sobre competencia o cobertura.	Árbitro con conocimiento del sistema de salud resuelve con equidad y consideración de la lógica sistémica.

Fuente: elaboración propia.

El cruce entre la tipología de conflictos y los principios éticos identificados como determinantes revela una relación funcional significativa. Los conflictos asistenciales requieren árbitros con alta competencia técnica clínica y capacidad para valorar la *lex artis* de manera imparcial; los conflictos bioéticos demandan árbitros con sólida formación en bioética y sensibilidad para la ponderación de principios; los conflictos informacionales exigen árbitros capaces de valorar el cumplimiento de protocolos de comunicación y

consentimiento; y los conflictos administrativos e interinstitucionales requieren árbitros con conocimiento del marco normativo laboral y del funcionamiento sistémico del sector salud. Esta diversidad de exigencias confirma que el perfil del árbitro médico de calidad es necesariamente interdisciplinario.³⁷

Tabla 3. Principios éticos de la función arbitral: importancia e impacto en la resolución de conflictos en salud

Principio ético	Importancia en el arbitraje médico	Impacto en el proceso y el laudo
Valores éticos	Fundamento de la confianza de las partes y condición de legitimidad del proceso arbitral.	Laudo percibido como justo y equitativo; alta aceptación por parte de los involucrados.
Imparcialidad y neutralidad	Garantiza actuación libre de favoritismos; refuerza la confianza en el proceso.	Incrementa la aceptación del laudo y reduce las probabilidades de impugnación.
Prestigio profesional	Indicador ex ante de calidad e integridad; las partes validan la idoneidad del árbitro al aceptar su designación.	Autoridad moral del laudo; reducción de conflictos post-laudo.
Disponibilidad	Condición de eficacia temporal del proceso; especialmente crítica en los conflictos con repercusión sobre la atención.	Resolución oportuna; reducción del impacto emocional y patrimonial de la demora.
Independencia	Ausencia de vínculos que comprometan la objetividad;	Validez jurídica del laudo; resistencia frente a recursos de anulación por parcialidad.

³⁷Valle González, Alfredo y Fernández Varela Mejía, Héctor, *op. cit.*, pp. 163-170.

	verificable mediante declaración de intereses.	
Transparencia	Fundamentación clara y comprensible del laudo para todas las partes involucradas.	Fortalecimiento de la legitimidad del arbitraje médico como alternativa confiable de justicia.

Fuente: elaboración propia.

Los hallazgos son consistentes con la hipótesis de partida: la articulación entre los principios éticos de la función arbitral, la deontología jurídica y el conocimiento especializado médico-jurídico de los árbitros es condición necesaria para que el arbitraje médico cumpla sus funciones de justicia alternativa en el contexto de los conflictos institucionales en salud. El perfil del árbitro médico óptimo que emerge de los datos integra, de manera indisociable, competencia técnica, autoridad moral y disponibilidad operativa.³⁸

Los resultados también revelan que la legitimidad del proceso arbitral no depende únicamente de la calidad del árbitro individual, sino del marco institucional en que opera. Los centros de arbitraje que adoptan reglamentos claros prevén mecanismos de control de los conflictos de interés, establecen procedimientos accesibles de recusación y promueven la formación continua de sus árbitros generan un entorno estructuralmente más favorable para la consolidación del arbitraje médico como alternativa genuina de justicia.³⁹

Desde la perspectiva de la gestión institucional del conflicto, los datos sugieren que la implementación de un sistema de arbitraje médico éticamente fundamentado en las instituciones de salud de Nuevo León debería articularse con políticas de prevención de conflictos —protocolos de comunicación, sistemas de consentimiento informado, comités de bioética, sistemas de gestión de quejas— que reduzcan la conflictividad estructural antes de que esta llegue a la instancia arbitral. El arbitraje médico es más eficaz cuando

³⁸Pérez Fuentes, Gisela María, *op. cit.*, p. 185.

³⁹Acosta-Madiedo, Carlos Darío, *op. cit.*, pp. 18-22.

opera en un ecosistema institucional que favorece la cultura del diálogo, la transparencia y la rendición de cuentas.⁴⁰

XI. Conclusiones.

Primera. Los conflictos en las instituciones de salud son fenómenos multifactoriales de naturaleza estructural, cuya etiología abarca factores comunicacionales, institucionales, de recursos, de formación profesional, de subordinación a lógicas administrativo-financieras y de derechos del paciente. Su tipología —conflictos asistenciales, informacionales, bioéticos, administrativos e interinstitucionales— impone exigencias diferenciadas a los mecanismos de resolución, que deben integrar perspectivas clínicas, jurídicas, éticas y sistémicas.

Segunda. La responsabilidad médica, articulada en torno al concepto de *lex artis* y sus modalidades de negligencia, impericia y dolo, constituye el eje jurídico de los conflictos asistenciales. La jurisprudencia de la Décima Época, al afirmar el carácter de medios —y no de resultados— de la responsabilidad médico-sanitaria, desplaza el eje de la evaluación hacia el proceso de atención, lo que exige valoraciones técnicas de alta especialización que el arbitraje médico está en mejores condiciones de proporcionar que los tribunales ordinarios.

Tercera. Los principios éticos de la función arbitral —valores éticos, imparcialidad, prestigio profesional, disponibilidad e independencia— son condiciones necesarias e insustituibles de la legitimidad del proceso arbitral en materia de salud. Los valores éticos alcanzan un consenso absoluto (100 %), evidenciando que la crisis de confianza en los sistemas de resolución de conflictos sanitarios tiene una raíz fundamentalmente ética. Su observancia garantiza la equidad del proceso, protege los derechos de las partes y fortalece la confianza institucional en el arbitraje como alternativa a la justicia ordinaria.

Cuarta. La deontología jurídica, articulada con los principios bioéticos que rigen la práctica médica —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia—, configura el

⁴⁰Sánchez Barrón, Luis Antonio, Cantú-Martínez, Pedro y Gómez Guzmán, Luis Gerardo, *op. cit.*, pp. 35-40.

marco normativo integrado que debe sustentar la función del árbitro médico. La integración de la ética de la convicción y la ética de la responsabilidad —en el sentido weberiano— es condición de una función arbitral plena.

Quinta. El conocimiento especializado del árbitro médico —en sus dimensiones clínica y jurídica— es condición de calidad del proceso arbitral y del laudo. La formación continua y la acreditación periódica son imperativos deontológicos que los centros de arbitraje deben institucionalizar. El perfil del árbitro médico óptimo integra competencia técnica, autoridad moral, disponibilidad operativa y reconocimiento institucional.

Sexta. La consolidación del arbitraje médico como instrumento efectivo de justicia alternativa exige, más allá de la calidad individual de los árbitros, la construcción de un sistema institucional sólido: estructuras organizacionales claras para el proceso arbitral, un sistema riguroso de acreditación y certificación de los árbitros, y políticas activas de prevención de conflictos que actúen sobre sus factores causales antes de que escalen a instancias formales.

Séptima. La perspectiva comparada latinoamericana confirma que el arbitraje médico funciona mejor como componente de un ecosistema integrado de MASC en salud —mediación, conciliación, comités de bioética y arbitraje— articulado con políticas institucionales de prevención. La experiencia de Colombia, Argentina y Ecuador ofrece lecciones relevantes para el diseño de política pública en Nuevo León, particularmente en lo que respecta a la necesidad de respaldo normativo explícito, regulación de la acreditación de árbitros y cultura institucional de rendición de cuentas.

XII. Referencias Bibliográficas

ACOSTA-MADIEDO, Carlos Darío, "Responsabilidad médica, naturaleza y carga de la prueba", *Revista de Derecho Privado*, Bogotá, núm. 43, 2010, pp. 8-26.

BENTHAM, Jeremy, *Deontología o ciencia de la moral*, trad. de B. Ansolabehere, reimpr., Barcelona, Linkgua, 2009.

CHÁVEZ AGUILAR, Víctor, "Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, vol. 43, núm. 2, 2002, pp. 175-180.

- COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO, "Modelo Mexicano de Arbitraje Médico", *Revista CONAMED*, México, vol. 28, núm. 4, octubre-diciembre de 2023, pp. 161-219, <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2023/con234b.pdf>.
- , *Modelo mexicano de arbitraje médico*, México, CONAMED, 2003.
- ESPINOSA-CARRIÓN, Fabián et al., "Ética: mecanismos para enfrentar conflictos en salud", *FAC-SALUD. UNEMI*, Ecuador, vol. 5, núm. 8, 2021, pp. 30-38, <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1251/1281>.
- FERNÁNDEZ, Roque, SÁNCHEZ, Lorenzo y STAMPA, Gonzalo, *Principios y reglas del arbitraje*, Madrid, Civitas-Thomson Reuters, 2018.
- GÁLVEZ SANTILLÁN, Eduardo, "Trabajo decente: una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional", *Trayectorias*, Monterrey, vol. 18, núm. 42, 2016, pp. 94-108, <https://www.redalyc.org/pdf/607/60744250005.pdf>.
- GORJÓN GÓMEZ, Francisco Javier, *Mediación, su valor intangible y efectos operativos. Una visión integradora de los métodos alternos de solución de conflictos*, Ciudad de México, Tirant lo Blanch, 2017.
- y SÁNCHEZ GARCÍA, Arnulfo, *Vademécum de mediación y arbitraje*, 2a. ed., México, Tirant lo Blanch, 2021.
- y STEELE GARZA, José Guadalupe, *Métodos alternativos de solución de conflictos*, 3a. ed., México, Oxford University Press, 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del conflicto derivado del acto médico*, Washington D.C., OPS-OMS, 2018, <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/prevencion/intro.php>.
- PÉREZ FUENTES, Gisela María, "La responsabilidad civil médico-sanitaria en México desde la jurisprudencia de la Décima Época", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, México, núm. 30, enero-junio de 2020, pp. 175-202.
- , "Responsabilidad civil médica y la aplicación de los daños punitivos en México", *Revista IUS*, México, núm. 2, vol. 14, diciembre de 2020, pp. 107-117,

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472020000200143&script=sci_arttext.

- RODRÍGUEZ, Gregorio, GIL, Javier y GARCÍA, Eduardo, *Metodología de la investigación cualitativa*, La Habana, Félix Varela, 2006.
- RUIZ, William, "La responsabilidad médica en Colombia", *Revista Criterio Jurídico*, Cali, vol. 1, núm. 4, 2004, pp. 195-216, <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/1033>.
- SÁNCHEZ BARRÓN, Luis Antonio, CANTÚ-MARTÍNEZ, Pedro y GÓMEZ GUZMÁN, Luis Gerardo, "Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social", en Cantú-Martínez, Pedro (coord.), *Bienestar y salud*, 1a. ed., Monterrey, UANL, 2020, pp. 25-44.
- SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, Alfredo, MÁRQUEZ GÓMEZ, Daniel y CAMARILLO CRUZ, Beatriz (coords.), *Desafíos de los medios alternativos de solución de controversias en el derecho mexicano contemporáneo*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2023.
- STEELE GARZA, José Guadalupe y CHINCHILLA OÑATE, Carmen, "Reflexiones en torno a la necesidad de fortalecer la cultura de la conciliación y el arbitraje médico en Colombia", *Justicia*, Barranquilla, vol. 25, núm. 38, julio-diciembre de 2020, pp. 13-24, <https://doi.org/10.17081/just.25.38.4366>.
- VALLE GONZÁLEZ, Alfredo y FERNÁNDEZ VARELA MEJÍA, Héctor, *Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*, México, Trillas, 2009.
- WEBER, Max, *El político y el científico*, trad. de Francisco Rubio Llorente, Madrid, Alianza, 2013.