



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE DERECHO

**“VISIÓN PRÁCTICA DEL JUICIO ARBITRAL
A CARGO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO”**

T E S I N A

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN DERECHO SANITARIO

Presenta:

MARÍA EUGENIA ROMERO VILCHIS

Directora de tesina.

DRA. CARINA XÓCHIL GÓMEZ FRODĚ

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. El procedimiento arbitral médico	5
1.1 El juicio arbitral médico	
1.2 Ventajas del arbitraje	6
1.3 Tramitación	7
1.3.1 El Acta de Audiencia Preliminar	8
1.3.2 El Acuerdo o Compromiso Arbitral	10
1.3.3 El Acta de Admisión de Pruebas	11
1.3.4 El Acta de Audiencia de Desahogo de Pruebas y Alegatos	12
1.3.5 El Laudo Arbitral	13
Fuentes de información	16
Capítulo II. Responsabilidad civil en la prestación de servicios de salud	17
2.1 Disposiciones aplicables a la prestación de servicios de salud	
2.2 Responsabilidad civil, concepto	25
2.3 Responsabilidad contractual	26
2.4 Contrato de prestación de servicios de atención médica	28
2.5 Contrato de hospitalización	31
2.6 Responsabilidad extracontractual	34
2.7 Responsabilidad objetiva	39
Fuentes de información	41
Capítulo III. Presentación de un Laudo arbitral emitido por la CONAMED	43
Conclusiones	167
Propuestas	169
Bibliografía	172

INTRODUCCIÓN

La presentación de este trabajo lo motiva la experiencia de formar parte de un equipo que, a lo largo de aproximadamente quince años, ha colaborado en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), así también el interés de compartir de una manera práctica, la resolución de controversias en materia médica-sanitaria a través de los medios alternos, específicamente por medio de la conciliación y el arbitraje, vías que se caracterizan por obtener soluciones pacíficas, especializadas, de buena fe, gratuitas y en breve tiempo; considerando la inversión en tiempo y costo que implica una demanda judicial civil o una denuncia penal ante el Ministerio Público; con lo cual además, se contribuye a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin que se pretenda sustituirlos.

Es importante referir, que el proceso de atención médica contempla aspectos científicos, éticos y normativos, en el cual se conjugan los derechos de las partes, lo que se sustenta en principio en una relación jurídica contractual, en la que coexisten derechos, obligaciones y cargas recíprocas; así mismo involucra la aplicación de un gran número de normas sanitarias y por supuesto, el apego en cada caso en concreto de lo dispuesto por la literatura médica universalmente aceptada.

Atendiendo a sus características, la relación médico-paciente es una de las más complejas, entre otros factores debido a que las condiciones institucionales, tecnológicas y socioeconómicas han generado nuevos esquemas de atención que contemplan relaciones paciente-médico-institución, o bien, paciente-médico-compañía de seguros; casos en los que la interpretación de los derechos y obligaciones que corresponden a cada parte, así como, la responsabilidad derivada del incumplimiento obligacional de alguno de los actores, supone el surgimiento de puntos de vista e intereses discordantes.

Ante dichas circunstancias, la resolución de controversias médicas implica también una mayor complejidad, de ahí la necesidad de fortalecer y mejorar la operación y el funcionamiento de instituciones que como la CONAMED han trabajado en consolidar su modelo de medios alternos de resolución de controversias; así también en la implementación de procedimientos ad hoc.

Se deben mencionar los servicios que brindan a sus poblaciones cada una de las Comisiones Estatales de Conciliación y Arbitraje Médico, las cuales comparten el modelo arbitral implementado por la CONAMED, para lo cual se encuentran en constante colaboración con esta última. Todas instituciones que se han desarrollado merced al respaldo social que generan sus acciones.

Tanto la CONAMED, como las Comisiones Estatales de Conciliación y Arbitraje Médico, operan bajo un proceso arbitral único y homologado, como producto del consenso de las políticas establecidas por el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, lo que les permite la mejora continua, la creación de referentes, el fortalecer esquemas que los identifiquen en el proceder, a efecto de disponer a nivel nacional de procedimientos estandarizados y servicios homogéneos que respondan con eficacia a los requerimientos de la sociedad.

Además del arbitraje, la CONAMED tiene entre sus atribuciones la emisión de dictámenes médicos institucionales a solicitud de las autoridades peticionarias, en este caso, procuradurías de justicia, poderes judiciales, órganos internos de control y autoridades sanitarias; esta actividad tiene por objeto contribuir con dichas instancias a esclarecer desde el punto de vista técnico-médico especializado, las controversias relacionadas con los servicios de salud que se encuentran en proceso de investigación.

De igual suerte, la CONAMED se encuentra facultada para emitir opiniones técnicas, dicha actividad se refleja en un documento que contiene el análisis de la CONAMED a través del cual establece sus apreciaciones y recomendaciones

necesarias para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, especialmente en tratándose de asuntos de interés general. Las opiniones técnicas pueden estar dirigidas a las autoridades, corporaciones médicas, o prestadores del servicio médico; con la salvedad de que no pueden ser emitidas a petición de parte, así tampoco para la resolución de cuestiones litigiosas. ¹

Parte relevante del quehacer de la CONAMED es su objetivo de impulsar la prevención de una queja o controversia, mediante sus servicios de orientación, asesoría especializada y gestión inmediata, esta última tiene por objeto como su denominación lo indica, gestionar la atención de los usuarios, cuando la inconformidad del servicio se refiere a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía, ² caso en el cual los módulos médicos del área de Conciliación establecen comunicación inmediata con la instancia de atención a cargo del paciente, a fin de que se corrija la desviación o irregularidad y se evite la presentación formal de una queja. Cabe mencionar, que los demás servicios mencionados son proporcionados tanto por personal médico como jurídico.

De igual suerte, el compromiso con la sociedad no sólo se dirige a dirimir objetiva e imparcialmente las controversias, pues también tiene entre sus objetivos, la enseñanza y la investigación, dirigidos a influir positivamente en la mejora de la prestación de servicios de salud, tanto en el ámbito público como en el privado.

En ese sentido, en el primer capítulo de este trabajo se expone el procedimiento arbitral médico, sus ventajas, así como la tramitación del juicio

¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, artículo 4 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2003, última reforma D.O.F. 8 de agosto de 2018, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88595.pdf>

² *Idem.*

arbitral. En la segunda parte, se aborda el tema de la responsabilidad civil en materia de prestación de servicios de salud, en el cual se hace referencia al marco sanitario y legislación civil aplicables, en virtud de constituir la base de conocimiento jurídico indispensable para determinar una posible responsabilidad por la prestación de servicios médicos.

El tercer capítulo presenta un laudo dictado por la Dirección General de Arbitraje Médico de la CONAMED, esto es, la resolución definitiva de la controversia sometida a juicio arbitral, en el cual se determina el establecimiento de la responsabilidad civil a cargo de un hospital privado, derivado de mala práctica por negligencia de su personal médico, que consistió en instaurar un tratamiento médico inadecuado e inoportuno, que ocasionó la amputación de la pierna de un paciente.

CAPÍTULO I

EL PROCEDIMIENTO ARBITRAL MÉDICO

1.1 El Juicio arbitral médico.

El arbitraje se trata de un procedimiento mediante el cual, las partes, en forma voluntaria, someten una controversia presente o futura al conocimiento de un tercero, ajeno a ella, llamado árbitro, a efecto de que él mismo, siguiendo el procedimiento acordado por las partes o establecido por la ley, rinda una decisión final llamada laudo.³

En nuestro país, el procedimiento arbitral médico surge el 3 de junio de 1996 con motivo de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano competente y especializado para conocer conflictos entre usuarios y prestadores del servicio, con plena autonomía para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos; para lo cual se instauraron la gestión arbitral que comprende la conciliación y el arbitraje, así como el concurso pericial a fin de apoyar a las instituciones encargadas de administrar justicia.

El arbitraje forma parte de los medios alternos para la resolución de controversias; se trata de un mecanismo heterocompositivo el cual ha demostrado ser una herramienta eficaz para la solución de controversias, a través de éste las partes pueden encontrar la solución a su conflicto de forma definitiva, ágil, gratuita y sobre todo especializada.

³ Wobeser Von Claus. Los Procesos Alternativos para la Resolución de Controversias. Revista CONAMED. Año 3. No. 9. Octubre-Diciembre, 1998.

Además de contemplar vías alternas para la resolución de conflictos, el modelo de arbitraje médico en la CONAMED, evalúa la práctica de la medicina y promueve acciones para mejorar la calidad de la atención.

Para desarrollar sus tareas, debe coordinarse con la sociedad en general, en especial con las academias, colegios y consejos médicos, comités de ética y sociedades médicas, así como con instituciones educativas y de salud, públicas y privadas e informarles el resultado de sus deliberaciones sobre casos relevantes o de índole general, a fin de que instrumenten las medidas pertinentes y así mejorar la calidad de la atención médica.⁴

El arbitraje médico debe considerarse como una estrategia nacional para contribuir a la mejoría de la práctica de la medicina de nuestro país y a la búsqueda de la solución de los conflictos derivados de la prestación de los servicios de salud en todo el país, que permita alejar la práctica de la medicina defensiva y promover la dignificación de la profesión médica.⁵

1.2 Ventajas del Arbitraje.

El procedimiento arbitral presenta innegables ventajas frente al proceso judicial. Es menos solemne y formalista, entre sus características se encuentran:

- Es voluntario, especializado y gratuito.
- El conflicto es resuelto por especialistas médicos y jurídicos.
- La solución es más rápida y efectiva, sin dilaciones.
- Es confidencial.
- No es necesaria la contratación de abogados.

⁴ Gómez Fröde, Carina. Capítulo Séptimo. Los Medios Alternos de Solución de Controversias en materia Médica, Desafío de los Medios Alternativos de Solución de Controversias en el Derecho Mexicano Contemporáneo, Coordinadores Sánchez-Castañeda *et al.* 2020, Defensoría de los Derechos Universitarios, Serie: Los Derechos Universitarios en el Siglo XXI, Núm. 9.

⁵ *Idem.*



1.3 Tramitación.

En la tramitación del procedimiento arbitral básicamente se generan 5 documentos:

- ❖ El Acta de Audiencia Preliminar.
- ❖ El Acuerdo o Compromiso arbitral.
- ❖ El Acta de Admisión de Pruebas.
- ❖ El Acta de la Audiencia de Desahogo de Pruebas y Alegatos.
- ❖ El Laudo Arbitral.



1.3.1 El Acta de Audiencia Preliminar.

Las partes comparecen ante un Árbitro abogado quien identificará a las partes, quienes:

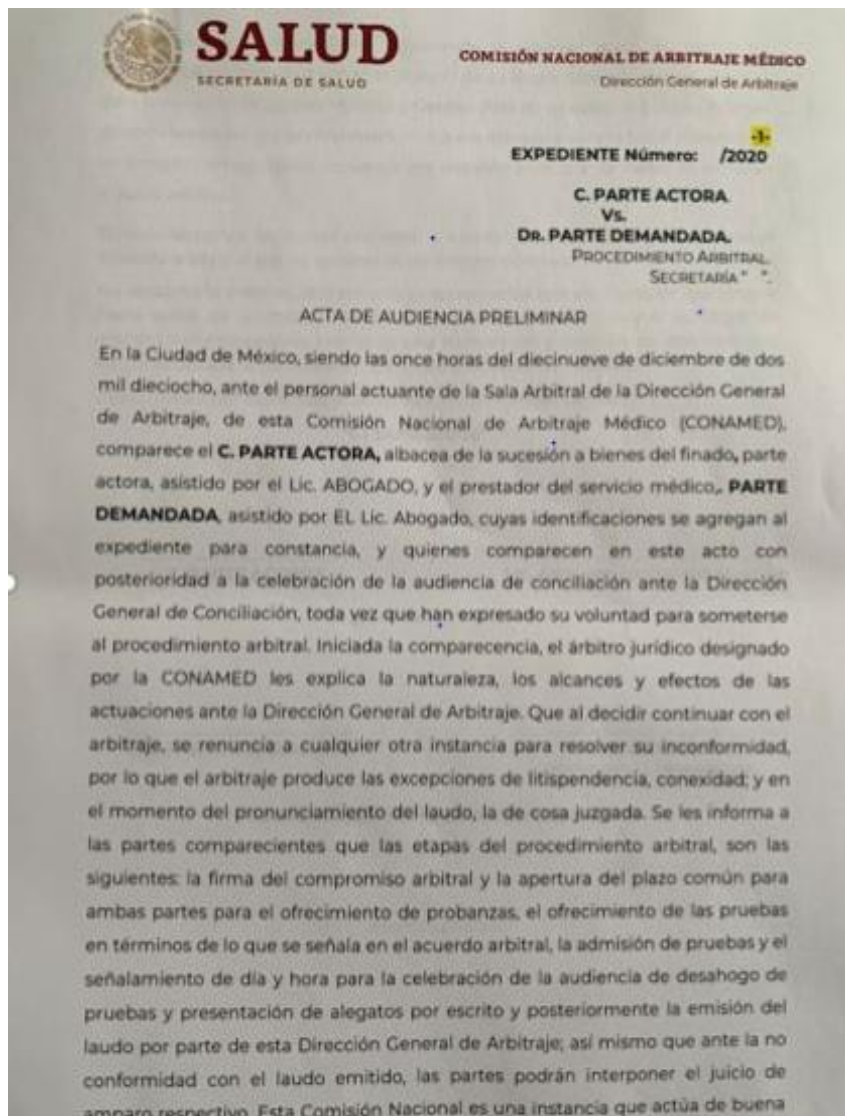
- En virtud de no haber logrado conciliarse, manifiestan su voluntad de someterse al arbitraje para resolver su conflicto médico.
- Manifiestan su renuncia a cualquier otra instancia para conocer o ventilar su conflicto.

Por su parte, el Árbitro abogado les explica:

- La naturaleza, los alcances y efectos de las actuaciones arbitrales.
- Que la Comisión es una instancia que actúa de buena fe, con absoluta imparcialidad, procurando la equidad entre las partes, por lo que es optativo para las mismas, acudir asesoradas por profesionales en

alguna disciplina para la salud o licenciado en derecho; sin que dicha asistencia sea requisito para someterse al juicio arbitral.

- Que en cualquier fase del procedimiento y hasta antes de emitir el laudo, pueden llegar a un acuerdo para resolver su conflicto.
- En caso de inconformidad con la resolución de la CONAMED, podrán interponer un juicio de amparo.



1.3.2 El Acuerdo o Compromiso Arbitral.

Es el convenio definitivo en el que las partes deben señalar con toda precisión la materia del arbitraje; las reglas arbitrales a que se someterá el procedimiento, es decir la duración del arbitraje, la forma y presentación de la demanda, la forma y término en que deberá contestarse y en su caso formularse la reconvención, la forma en que se ofrecerán y desahogarán las pruebas y los términos para hacerlo, los requisitos que deberá contener el laudo que se dicte, la procedencia o no de algún recurso y los requisitos para la ejecución del laudo; de ser posible también se indicará el árbitro o árbitros que resuelvan la disputa, en el entendido de que si no lo hacen podrán acudir al juez para que él determine quien, o quienes arbitrarán dicho procedimiento.⁶

En el Acuerdo Arbitral que otorgan las partes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de manera principal se determina:

- El objeto del Arbitraje.
- Las pretensiones civiles.
- El personal arbitral.
- El término del Arbitraje.
- La renuncia a la apelación.
- El Juez competente y la legislación aplicable.
- La confidencialidad.
- Los plazos de formalidades.
- El expediente arbitral y el valor del expediente clínico.
- Las notificaciones, días y horas hábiles.
- La preparación de la Audiencia de Pruebas y Alegatos.

⁶ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. 1a Edición, México, D. F., 2003, en https://www.researchgate.net/profile/Gabriel-Manuell/publication/312498896_MODELO_MEXICANO_DE_ARBITRAJE_MEDICO_1a_EDICION_MEXICO_DF_2003_CONAMED/links/587fa31ba6fdccc5f784a157/MODELO-MEXICANO-DE-ARBITRAJE-MEDICO-1a-EDICION-MEXICO-DF-2003-CONAMED.pdf

- El plazo de 10 días comunes para ofrecer pruebas.
- Las disposiciones aplicables.
- Los domicilios de las partes, números telefónicos y correos electrónicos.



1.3.3. El Acta de Admisión de Pruebas.

- Se hace constar que el periodo para ofrecer pruebas ha transcurrido.
- Se enlistan las pruebas ofrecidas por la actora (usuario del servicio médico).
- Se enlistan las pruebas ofrecidas por el demandado (prestador del servicio médico).
- Se acuerda admitir las pruebas ofrecidas legalmente y se señala día y hora para su desahogo.
- Si se ofreció una prueba pericial se le da vista a la otra parte para que nombre perito de su parte y agregue otros puntos.



1.3.4 El Acta de Audiencia de Desahogo de Pruebas y Alegatos.

- Se hace constar la comparecencia de las partes, de manera presencial o vía remota, mediante plataforma virtual.
- Se les da el uso de la palabra para que expresen lo que a su derecho convenga.
- Se desahogan las pruebas.
- Se tienen por formulados los alegatos.
- Se tiene por cerrada la instrucción y se cita a las partes para oír la resolución final denominada laudo arbitral.



1.3.5 El Laudo Arbitral.

Los laudos que dicta la Dirección General de Arbitraje Médico en la CONAMED, se integran de los siguientes rubros:

- Proemio.
- Resultandos.
- Considerandos.
- Fundamento legal.
- Resumen Clínico.
- Análisis médico del caso.
- Análisis jurídico del caso.
- Derecho a la Protección de la Salud.
- Cargas probatorias.
- Prestaciones exigidas por la actora, defensas y excepciones opuestas por el demandado.

- Evidencia probatoria.
- Valoración del acto médico (Existencia o no de mala *praxis*).
- Bibliografía.
- Puntos resolutivos.



En la especie, el proemio se refiere al encabezado en el cual se definen en forma precisa las partes y la identificación del asunto en controversia.

El apartado de resultandos está compuesto por el relato de los antecedentes del asunto, la referencia a la posición de cada una de las partes, las afirmaciones, los argumentos esgrimidos, las pruebas ofrecidas, la mecánica de desahogo, los alegatos y el cierre de instrucción.

Los considerandos constituyen la parte medular del laudo, se conforman de los siguientes apartados:

- Fundamento legal, se refiere la competencia de CONAMED para emitir el laudo.

- Resumen clínico, se trata de la transcripción en síntesis de las evidencias médicas en las que consta el proceso de atención médica del paciente.
- Análisis del caso, el cual se subdivide en los siguientes párrafos: A) Derecho a la protección de la salud, se hace una breve referencia de los alcances del derecho al amparo de la legislación aplicable; B) Evidencia probatoria, es la descripción de todas y cada una de las pruebas ofertadas; C) Valoración del acto médico, se determina la existencia o no de mala práctica, se establece el criterio y conclusiones de la CONAMED a partir de lo arrojado por las evidencias probatorias, así también las razones de derecho en que se funda la decisión; D) Valoración de las excepciones y defensas opuestas, se determina la procedencia o improcedencia de las oposiciones en contra de los argumentos contenidos en la queja.
- Valoración de las prestaciones reclamadas, en el supuesto de establecerse mala práctica médica, se valoran las pruebas de daño y se establecen las consideraciones legales respecto del establecimiento de condena.
- Bibliografía, literatura médica aplicable al caso en concreto.
- Puntos resolutivos, parte final del laudo en donde se precisa en forma concreta el sentido de la resolución, en su caso, la condena y monto de la misma, así como el plazo y las condiciones para el cumplimiento.

Fuentes de información

- Gómez Fröde, Carina. Capítulo Séptimo. Los Medios Alternos de Solución de Controversias en materia Médica, Desafío de los Medios Alternativos de Solución de Controversias en el Derecho Mexicano Contemporáneo, Coordinadores Sánchez-Castañeda *et al.* 2020, Defensoría de los Derechos Universitarios, Serie: Los Derechos Universitarios en el Siglo XXI, Núm. 9.
- Wobeser Von Claus. Los Procesos Alternativos para la Resolución de Controversias. Revista CONAMED. Año 3. No. 9. Octubre-Diciembre, 1998.

Páginas WEB

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. 1a Edición, México, D. F., 2003, en https://www.researchgate.net/profile/Gabriel-Manuell/publication/312498896_MODELO_MEXICANO_DE_ARBITRAJE_MEDICO_1a_EDICION_MEXICO_DF_2003_CONAMED/links/587fa31ba6fdccc5f784a157/MODELO-MEXICANO-DE-ARBITRAJE-MEDICO-1a-EDICION-MEXICO-DF-2003-CONAMED.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Reglamento para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2003, última reforma D.O.F., 8 de agosto de 2018, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88595.pdf>
- Presidencia de la República, Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Diario Oficial de la Federación, 3 de junio de 1996, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4887120&fecha=03/06/1996

CAPÍTULO II

RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Disposiciones aplicables a la prestación de servicios de salud.

Los derechos, obligaciones y cargas que corresponden a cada una de las partes que participan en la prestación de un servicio de salud, llámese paciente, médico, personal de salud, hospital u otro; se encuentran previstas en diversos ordenamientos legales; de tal forma que para poder atribuir responsabilidad a un prestador de servicio, es menester entrar al estudio de las normas jurídicas en la materia, a efecto de determinar el cumplimiento o transgresión a las mismas y de ser el caso, establecer el tipo y grado de responsabilidad.

En México existen un gran número de disposiciones sanitarias, de diferente nivel jerárquico, leyes generales, locales, reglamentos, normas oficiales y criterios judiciales, entre otros. En este caso, solo abordaremos las normas jurídicas que de manera general conforman los fundamentos para la determinación de una responsabilidad civil médica.

El derecho a la protección de la salud se encuentra previsto en el artículo 4º párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*⁷

⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

En congruencia con la norma general, el estado mexicano ha ratificado diversos instrumentos de derechos humanos que contemplan el derecho a la protección de la salud. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mismo que contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En la especie, el primer párrafo de su artículo 12 señala: “*1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*”⁸

Derivado de lo anterior, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador”, en su numeral 10 reconoce el derecho de toda persona a la salud, refiriendo: “*1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un fin público...*”⁹

A efecto de garantizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud y adoptar medidas para su plena realización y progresividad, en México se cuenta con la legislación específica en la materia, la Ley General de Salud.¹⁰

La Ley General de Salud reglamenta las directrices esenciales del artículo 4º, párrafo tercero de la Constitución General de la República, cuyas disposiciones son de orden público e interés social. En los párrafos siguientes se abordan los preceptos más relevantes de dicho ordenamiento.

⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

⁹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

¹⁰ Ley General de Salud, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

En su artículo 5°, dispone *que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud*. Mientras que el artículo 6 señala que el Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos, *el de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas*.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 23, se entiende por servicios de salud, *todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad*. Por su parte el correlativo artículo 24, refiere que los servicios de salud, se clasifican en: *I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social*.

El artículo 32 define el concepto de atención médica:

“Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”

El artículo 33, presenta la clasificación de las actividades que comprende:

“Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas...

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III.

IV...”

Por cuanto hace a la clasificación de los servicios de salud, dependiendo del sector que los provea, la Ley General de Salud, refiere:

“Artículo 34. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- 1. Servicios públicos a la población en general;*
- 2. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;*
- 3. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y*
- 4. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.*

Los servicios de salud privados se definen como sigue:

“Artículo 38. Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.”

Ahora bien, los usuarios de servicios de salud encuentran su definición y derechos esenciales, en los artículos 50, 51, 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la multicitada Ley General de Salud, de la forma siguiente:

“Artículo 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las

bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.”

“Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.”

“Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.”

“Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para

preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.”

En esa tesitura, los establecimientos para la atención médica, entre ellos los hospitales, independientemente de que sean públicos, sociales o privados, se encuentra obligados a cumplir con determinadas obligaciones al interior de sus instituciones. Al respecto, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dispone entre otros, que *los establecimientos en que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, quien tendrá a su cargo entre otras funciones, establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de sus servicios.*¹¹

En el mismo orden de ideas, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que la prestación de servicios públicos como el de salud, implica su protección, como una de las finalidades de los Estados, por lo que si bien éstos pueden delegar su prestación, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo; por ende, la delegación a la iniciativa privada de proveer esos servicios, exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin discriminación, con la más alta calidad y de la forma más efectiva posible.¹²

¹¹ Artículo 19 de la Ley General de Salud, Capítulo I. Disposiciones Generales, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

¹² Lo anterior, conforme a lo resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con motivo del Amparo en revisión 584/2013, Sesión de cinco de noviembre de dos mil catorce.

Sobre el particular, se ha pronunciado la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Tesis aislada 1ª .XXIII/2013(10a.), publicada en el Semanario Judicial de la federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, p. 626., cuyo rubro y texto, indican:

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD. *El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. En consecuencia, del análisis del contenido y estructura del derecho fundamental a la salud, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares. Por ello, en los asuntos de su conocimiento, los tribunales deben atender a la influencia de los valores que subyacen en el derecho a la salud, fungiendo como un vínculo entre la Constitución y los particulares al momento en que resuelven un caso concreto. Así las cosas, en virtud de la fuerza normativa de la Constitución, no resulta compatible concebir que los hospitales privados y su personal médico son regidos únicamente bajo figuras de derecho privado, en especial cuando estos sujetos obran en aras a la protección de la salud de las personas. En efecto, en virtud de la complejidad de los sistemas jurídicos en la actualidad, y de la estrecha relación entre sus componentes normativos, es claro que existen numerosos ámbitos en los cuales no se puede hacer una división clara y tajante entre derecho público y privado. Lo anterior se actualiza en el ámbito de los hospitales privados y su personal médico, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección de la salud de los*

pacientes. En conclusión, no puede negarse que el objetivo consistente en proteger el derecho a la salud de los pacientes es un fin público, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.

Ahora bien, en relación con la valoración del acto médico, necesariamente se debe atender el contenido del artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, aplicable en el análisis de las controversias sujetas a juicio arbitral ante la CONAMED.

Este precepto establece que es obligatorio analizar, en cada caso concreto:

- *“Si se procedió correctamente atendiendo a los principios científicos y técnica aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica.*
- *Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso, y el medio en que se prestó el servicio.*
- *Si en el curso del servicio prestado se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito.*
- *Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio médico.*
- *Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.”*

Finalmente, es importante señalar que para el estudio y resolución de cada caso en controversia, se tiene que revisar lo previsto en la Norma Oficial Mexicana

NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico ¹³, en la cual se establece la obligación a cargo de los prestadores de los servicios de salud, de integrar un expediente clínico con motivo de la atención brindada a cada paciente, ya que se trata de un instrumento necesario e indispensable para la atención oportuna y adecuada del mismo, constituyendo uno de sus derechos esenciales.

En mérito de lo anterior, uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y éticamente responsable, exigidos en la prestación médica es el de que todo paciente debe tener un expediente clínico¹⁴ y en él deben registrarse, en términos de la *lex artis* los actos médicos realizados; las notas de evolución del paciente, en su caso, las notas deliberativas del personal médico; las notas de enfermería; los resultados obtenidos mediante el concurso de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, en general, la información clínica inherente al caso y agregarse así mismo, el conjunto de documentos inherentes a la relación jurídica médico paciente y entre ellos, los documentos relativos al consentimiento bajo información.

2.2 Responsabilidad civil, concepto.

La responsabilidad civil se define como la obligación de responder ante los demás, por actos propios o de quienes se encuentran a nuestro servicio; es decir,

¹³ Secretaría de Salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

¹⁴ El cual ha sido definido en términos del párrafo 4.4 de la NORMA Oficial Mexicana del Expediente clínico, de la siguiente manera: *Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.*

la obligación de resarcir en daños y perjuicios, ocasionados con nuestro actuar o de nuestros subordinados, por incumplimiento de una obligación.¹⁵

Las responsabilidades a las cuales se enfrentan los prestadores de los servicios de atención médica, ante el incumplimiento de sus deberes, se encuentran previstas en los códigos civiles; las consecuencias son exclusivamente de naturaleza económica.

La doctrina mayoritaria, refiere que la relación que une a un prestador de servicios de salud y un paciente tiene su origen en un acuerdo de voluntades, expreso o tácito, y que, frente al daño injustificadamente causado, nace el deber de responder, que por regla general reconoce su génesis en el campo contractual y excepcionalmente en el extracontractual. Es así, como en el campo del derecho civil y enrolados dentro de la concepción objetiva de culpa, surge el deber de la reparación del daño.¹⁶

En la actualidad, desafortunadamente no es excepcional que la responsabilidad médica surja de fuente extracontractual, ante la comisión de hechos ilícitos que producen daños a la salud de los pacientes; o bien ante la actualización de la denominada responsabilidad objetiva por riesgo creado.

Así, en materia médico-sanitaria la responsabilidad puede derivar tanto de una relación contractual como extracontractual.

2.3 Responsabilidad civil contractual.

La responsabilidad civil contractual,¹⁷ resulta del incumplimiento de una obligación nacida de un contrato, ya sea verbal o por escrito. El contrato es el

¹⁵ Pérez De Leal, R. *Responsabilidad civil del médico*, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 86.

¹⁶ Pérez De Leal, *op cit.*, nota 2, p. 94.

¹⁷ Dobler López, Irving F., *La responsabilidad en el ejercicio médico*. Editorial El Manual Moderno, México, 2002, pp. 115-121.

acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones y derechos; se requiere el consentimiento y un objeto (fin), que pueda ser materia del contrato. El consentimiento es aceptar o aprobar, los hechos o actos materia del contrato y puede ser expreso o tácito. Será expreso cuando la voluntad se manifiesta verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos. El tácito resulta de hechos o de actos que lo presuponen o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio, la voluntad deba manifestarse expresamente (artículo 1803 del Código Civil Federal). Los contratos tienen fuerza de ley entre las partes contratantes.

El objeto o fin, se define como lo que se tiene que dar, hacer o dejar de hacer, siendo esto posible (cuando es factible su realización) y lícito, esto es, conforme a las leyes del orden público y las buenas costumbres.

Cabe precisar, que la mayor parte de las prestaciones de servicios de salud, dan origen a obligaciones que nacen de un consentimiento tácito, con plena validez jurídica, sin que se requiera un documento firmado; así lo dispone el artículo 1796 del Código Civil Federal, que señala: *Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, excepto aquellos que deban revestir una forma establecida por la ley. Desde que se perfeccionan, obligan a los contratantes no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley.*

En materia sanitaria podemos identificar dos principales tipos de contrato, los cuales no tienen nombre propio legalmente otorgado, sin embargo, han sido reconocidos en el ámbito jurídico, con plenos efectos legales.

En relación con este último rubro, haremos referencia a la relación jurídica médico-paciente, en términos de la teoría general del negocio jurídico, la cual puede

derivar atendiendo a la obtención de los servicios (en su caso contratación), así como a la naturaleza del prestador de servicio.¹⁸

2.4 Contrato de prestación de servicios de atención médica.

De la interpretación del artículo 2606 del Código Civil Federal, se puede definir como el contrato en virtud del cual un profesional de la medicina, mediante una remuneración (honorarios), se obliga a prestar a un paciente servicios de atención médica, limitados al ámbito de la preparación que posea el profesional de que se trate.¹⁹

Así las cosas, este contrato civil posee las siguientes características:²⁰

- Es un contrato *intuitu personae*, es decir, deriva de las características especiales del profesionalista, atendiendo a que el paciente decide obtener los servicios de un médico, considerando su especialidad, capacidad profesional, prestigio, incluso la confianza que le pueda inspirar. Es decir, el grado de confianza que por norma deposita el paciente en el profesional que escoge, lo es con fundamento en sus cualidades personales; lo anterior, sin perjuicio del derecho y al mismo tiempo del deber que posee el facultativo de realizar interconsultas o derivaciones cuando a criterio médico el estado de salud del paciente así lo amerite.
- Es bilateral, en razón de que del vínculo nacerán obligaciones y derechos para ambas partes (artículo 1836 Código Civil Federal). El paciente, por una parte, tiene la carga de participar en el autocuidado

^{18, 5} Casa Madrid Mata O, *La atención médica y el derecho sanitario*. Editores JGH. México 1999, pp. 43-50.

²⁰ Salvat, Raymundo, *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Editorial La Ley, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 257.

de su salud, asistiendo puntualmente a consulta y cumpliendo el tratamiento; así mismo tiene la obligación de pagar los honorarios que la atención médica devengue, en este sentido, el artículo 2613 del Código Civil Federal dispone: “*Los profesores tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende...*”; por la otra, el facultativo se compromete a brindar atención al paciente con la prudencia, diligencia y pericia que las reglas de la ciencia le indiquen, esto de conformidad con lo establecido en el artículo 9° del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

- Es consensual, en función de que la manifestación de voluntad podrá ser verbal o escrita, y quedará perfeccionado cuando las partes manifiesten recíprocamente su consentimiento (médico-paciente).
- Es oneroso, pues se estipulan provechos y gravámenes recíprocos (artículo 1837 Código Civil Federal). En este caso, el usuario o paciente deberá cubrir los honorarios y el prestador otorgar atención médica de conformidad con los principios científicos y éticos que la orientan.
- Es conmutativo, porque las pretensiones que a cada parte competen son ciertas y se encuentran preestablecidas, de tal suerte que las partes pueden apreciar inmediatamente el beneficio o la pérdida que se les cause (artículo 1838 Código Civil Federal).
- Es de tracto sucesivo, toda vez que las prestaciones de atención médica, incluida la odontológica, generalmente inician con una primera consulta o valoración y se continúan en el tiempo.
- Es un contrato principal, pues no requiere de obligación alguna o contrato preexistente para que pueda existir.²¹

²¹ Lozano Noriega F. *Contratos*. 2ª ed. México. Asociación Nacional del Notariado Mexicano, 2001; p. 486.

Por cuanto hace al objeto del contrato, en la prestación de servicios médicos se deben satisfacer las condiciones previstas en los artículos 1827 a 1830 del Código Civil Federal:

- Debe ser posible, en la especie, el artículo 1828 establece: *“Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.”*
- Debe ser lícito, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1830: *“Es ilícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres.”*

Señalados los elementos de existencia del contrato, objeto y consentimiento, es pertinente referir los elementos de validez. El primero es la capacidad de las partes, ésta deriva de la facultad genérica de celebrar contratos (artículo 1798 del Código Civil Federal), en este caso cualquier persona mayor edad podrá contratar los servicios del facultativo que elija, en caso de incapacidad, el paciente podrá contratar a través de su representante legal. Por cuanto hace al médico, sólo podrá prestar los actos o servicios autorizados por el paciente, deberá contar con título y cédula profesional; para determinados actos médicos deberá contar además con cédula de especialidad y certificación vigente del Consejo o Academia que corresponda.

Entre otros, el prestador estará obligado a respetar el secreto profesional, brindará personalmente los servicios, proporcionará a los pacientes y en su caso, a los familiares o representantes de los mismos, información completa o suficiente, clara y en palabras sencillas, sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico respectivo; deberá avisar al paciente en caso de no poder continuar la prestación

del servicio; de igual suerte, se encuentra obligado a cumplir lo previsto en la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás normas aplicables.

En la citada contratación no deberán existir vicios, es decir error, dolo, mala fe, violencia o lesión; esto significa que las partes deben expresar su voluntad de contratar de manera libre, sin que medien confusiones, sugerencias o artificios de ningún tipo.

2.5 Contrato de hospitalización.

Es aquél por virtud del cual uno de los contratantes, persona jurídica colectiva o individual, se obliga a prestar a otra, denominada paciente, el servicio de internamiento para su atención médica, mediante el pago de la retribución correspondiente, incluidos los alimentos e insumos necesarios para la atención de su salud. ²²

El contrato tiene las siguientes características:

- Es bilateral (genera obligaciones recíprocas para ambas partes), el establecimiento hospitalario incluso deberá responder por el incumplimiento de las obligaciones del personal de salud adscrito al mismo.
- A mayor abundamiento, de las obligaciones del hospital destacan: prestar sus servicios conforme a los principios que orientan la práctica médica; ministrar al paciente los alimentos e insumos necesarios; poner a disposición del paciente y del médico tratante, el equipo médico necesario; poner a disposición del paciente, las 24 horas del día, personal de guardia propio del establecimiento; cumplir con lo previsto en la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas.

²² *La atención médica y el derecho sanitario, op. cit., pp. 47-50.*

- Es oneroso, el hospital recibirá a título de provechos las cantidades que generen sus servicios y los insumos que proporcione al paciente, siendo gravámenes las obligaciones a su cargo, es decir la prestación del servicio de internamiento, proporcionar los insumos y disponer de personal que auxilie al enfermo las 24 horas del día. Para el paciente, será gravamen pagar las cantidades que resulten por los servicios obtenidos y el provecho será disfrutar de atención adecuada, insumos en condiciones sanitarias y la concurrencia de personal conforme a sus necesidades.
- Es consensual, se perfecciona por la mera voluntad explícita en la manifestación del consentimiento de las partes contratantes
- Es un contrato principal, no deriva de alguna otra obligación o contrato.
- Es un contrato innominado, como ya se dijo en líneas anteriores, significa que no encontraremos su denominación y descripción en los códigos civiles; siendo ésta su característica más importante, la cual deriva del sistema seguido por el Código Civil Federal, el cual no regula expresamente el contenido de todos los contratos posibles, concretándose a la reglamentación expresa de los más comunes, como son la compraventa, el arrendamiento, la donación, entre otros. Sobre el particular, el artículo 1858 del ordenamiento civil citado, dispone: *“Los contratos que no estén especialmente reglamentados en este código, se regirán por las reglas generales de los contratos, por las estipulaciones de las partes, y en lo que fueren omisas, por las disposiciones con el que tengan más analogía de los reglamentados en este ordenamiento.”*
- Es un contrato complejo, significa que, al tener una naturaleza jurídica híbrida, se complementa con las reglas aplicables a diversos tipos de

contratos. Es decir, inciden reglas jurídicas de los contratos de hospedaje, por cuanto hace al internamiento propiamente dicho; del contrato de atención médica, pues el paciente deberá recibir cuidados del personal de salud del hospital; del contrato de compraventa, al momento en que se adquieren insumos y alimentos necesarios para el restablecimiento del paciente; incluso participan reglas del contrato de arrendamiento, en relación con el uso de equipos médicos. En este sentido, se debe aclarar que no se trata de varios o distintos contratos, puesto que las reglas de los diversos instrumentos integran el contenido jurídico de un contrato propio, en este caso el de hospitalización.

En lo referente a los elementos de validez, Casa Madrid (2009) refiere que aplican los mismos elementos que fueron mencionados para el caso del contrato de prestación de servicios de atención médica.

Es necesario puntualizar que la falta de normas que regulen específicamente este tipo de contrato, hace verdaderamente compleja la valoración de las cargas y obligaciones de las partes, ante los conflictos derivados de la prestación de servicios de salud; pues incluso ante una demanda o reclamación, se hacen valer una serie de interpretaciones lesivas por parte de los prestadores de servicios de atención hospitalaria, tanto para el propio personal de salud como para los pacientes, quienes incluso pueden ser beneficiarios en virtud de los acuerdos celebrados por terceras personas, por ejemplo mediante la subrogación de un servicio público a un ente privado, sin embargo también pueden resultar afectados con motivo de los servicios contratados y así mismo, no estar enterados de las complejidades técnicas de los acuerdos contractuales y de empleo entre el hospital y el personal que opera en los mismos, encontrándose por ende, en una condición de desventaja.²³

²³ Así lo señala el criterio sostenido en: Época: Décima Época. Registro: 2008747. Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de la Nación. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 16, Marzo de 2015, Tomo II. Materia(s): Civil. Tesis: 1a.CXVII/2015

2.6 Responsabilidad civil extracontractual.

La responsabilidad en materia sanitaria va más allá de los deberes contenidos o derivados de la responsabilidad contractual, toda vez que los prestadores de servicios se encuentran obligados a actuar atendiendo a los estándares de la medicina (*lex artis* de la profesión), a las normas aplicables en la materia, principalmente las contenidas en la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias, Normas Oficiales Mexicanas, legislaciones en materia de profesiones; entre otras.

Los elementos de la responsabilidad están contenidos en la premisa general establecida en el artículo 1910 del Código Civil Federal, el cual dispone, *el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.*

La responsabilidad civil extracontractual puede ser de naturaleza: 1) objetiva, derivada del uso de objetos peligrosos que crean un estado de riesgo para los demás, independientemente de que la conducta del agente no haya sido culposa ni hubiera obrado ilícitamente; o 2) subjetiva, la cual deriva de la comisión de un hecho ilícito, que para su configuración requiere de una conducta (acción u omisión) que sea antijurídica, culpable y dañosa.²⁴

(10a.). Página: 1112, que cita: RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS HOSPITALES PRIVADOS DERIVADA DE LA NEGLIGENCIA DE SUS MÉDICOS. CARGA DE LA PRUEBA.

²⁴ Lo anterior conforme a lo dispuesto en: Época: Décima Época. Registro: 2005542. Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de la Nación. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 3, Febrero de 2014, Tomo I. Materia(s): Civil. Tesis: 1a.LII/2014 (10a.). Página: 683, que cita: RESPONSABILIDAD CIVIL. SU CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.

Hecho ilícito, se refiere a la conducta violatoria del deber jurídico que causa un daño. La conducta del responsable es indebida porque ha violado directamente el deber general impuesto por la ley. Al respecto, el artículo 1830 del Código Civil Federal, refiere a la ilicitud, como el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres.

En materia sanitaria el actuar ilícito significa que el agente ha obrado con la intención de causar daño o éste se ha producido por negligencia, inadvertencia, falta de atención o cuidado, o bien por impericia, según el caso.

En relación con la prestación de servicios profesionales, el artículo 2615 del Código Civil Federal, señala: *“El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezcan por delito.”*

Lo anterior significa que, para que proceda la reparación del daño, se requiere la prueba en la que el demandado ha obrado ilícitamente, sin derecho, por dolo o por culpa.²⁵

La reparación del daño deberá consistir en el restablecimiento de la situación anterior a él, cuando esto sea imposible, consistirá en el pago de daños y perjuicios. La posibilidad de retrotraer los efectos de los daños producidos a la salud de los pacientes, resulta prácticamente imposible, por ello se debe considerar el pago de una compensación a efecto de resarcir los daños, esto se traduce entonces, en la reparación de contenido económico o indemnización por daños y perjuicios.

Ahora bien, para que se pueda determinar la causa que produjo el daño y si aquella es imputable al prestador demandado, se debe analizar la relación de

²⁵ Pérez de Leal R., *Responsabilidad civil del médico*, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, 2005; pp. 77- 83.

causalidad, es decir, las consecuencias de derecho que se producen cuando alguien ha sufrido un daño.

El nexo de causalidad cumple una doble función: por un lado, permite determinar con rigor científico, a quien debe atribuirse un resultado dañoso y por el otro, brinda los parámetros objetivos indispensables para ponderar la extensión del resarcimiento.

La relación de causalidad siempre necesita ser alegada y probada por quien reclama el daño, siendo válidos todos los medios aceptados por la ley que comprueben la relación causa efecto, entre el hecho imputado y el daño atribuido, sin perjuicio de que en determinados supuestos, aparezca como situación notoria o se desprenda del propio acervo probatorio de los prestadores de servicios médicos, a quienes cabe precisar, corresponde la carga probatoria para demostrar que durante su prestación se actuó con la debida diligencia, en beneficio de la salud del paciente y en apego a la *lex artis* médica.

En efecto, en la prestación de servicios de salud, particularmente en relación con el acto médico, existe causalidad entre el hecho generador y el resultado dañoso cuando entre ambos media un actuar del prestador del servicio que implique inobservancia de los deberes de atención y cuidados imputables a título de culpa por acción u omisión. En ese sentido, para que se comprometa la responsabilidad civil del médico o prestador del servicio, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el hecho imputado y el daño atribuido.

En esa inteligencia, el establecimiento de la responsabilidad civil requiere de la concurrencia de los siguientes elementos:

- Una conducta culpable, la cual puede ser por acción u omisión, en la que medie negligencia, impericia o dolo;
- La existencia de daño; y

- El nexo de causalidad entre el hecho y el daño.

La existencia del nexo causal entre la prestación del servicio médico y el daño experimentado por el paciente, genera la responsabilidad del prestador del servicio.

A mayor abundamiento, de acuerdo con la Tesis Aislada 1a.CCXLIII/2014 (10a)²⁶, para que se actualice la responsabilidad subjetiva se requiere la acreditación del nexo causal, esto es: *...es necesario que el daño experimentado sea consecuencia de la conducta del agente, de lo contrario, se le impondría responsabilidad a una persona que nada tiene que ver con el daño ocasionado. Ahora bien, el problema causal se presenta de forma especialmente aguda cuando se reconoce o establece que, como es normal en la vida social, todos los hechos inclusive los dañosos, son consecuencia de la concurrencia de una extraordinaria pluralidad de circunstancias, de ahí que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso de que ésta deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado, porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso al demandado. Así, dicha responsabilidad supone la atribución de la autoría de un hecho que tenga la eficacia suficiente para generar un resultado.*

En esos términos, el citado criterio nos obliga a considerar la denominada responsabilidad solidaria y subsidiaria. La responsabilidad solidaria consiste en imponer a una o más personas una obligación por virtud de la existencia de un nexo, vínculo o enlace entre ellas, de tal naturaleza que permita considerarlas como una sola, aunque guarden autonomía al interior de la relación jurídica. En este sentido, el artículo 1917 del Código Civil Federal, dispone que “Las personas que han

²⁶ Criterio sustentado en: Época: Décima Época. Registro: 2006807. Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de la Nación. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 7, Junio de 2014, Tomo I. Materia(s): Civil. Tesis: 1a.CCXLIII/2014 (10a.). Página: 461, de rubro: RESPONSABILIDAD SUBJETIVA. PARA QUE SE ACTUALICE ES NECESARIO ACREDITAR EL NEXO CAUSAL.

causado en común un daño, son responsables solidariamente hacia la víctima por la reparación a que están obligados...”.

Por cuanto hace a la responsabilidad subsidiaria, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido que se presenta cuando quien está obligado a responder carece de los medios para ello o no lo hace, entonces serán otros quienes respondan por él de forma subsidiaria.

En el establecimiento de la responsabilidad civil derivada de mala práctica médica, no se pueden dejar de observar los derechos fundamentales que se encuentran involucrados, tales como, la protección de la salud, el interés superior de los menores, la atención médica de pacientes en situación de vulnerabilidad, el acceso y calidad de los servicios para los usuarios, los diversos agentes que pueden participar en la prestación de servicios de atención médica; así como la libertad contractual de las partes en lo que a los servicios inherentes al sistema de salud corresponde.

Es importante precisar, que en tratándose de prestación de servicios médicos, las obligaciones son de medios y solo por excepción de resultados; en ese tenor, la relación de causalidad será desvirtuada cuando el prestador demuestre haber observado las conductas debidas y en su caso, sobrevinieran consecuencias extrañas a su obrar, o bien, se trate de situaciones imprevisibles o inevitables; para lo cual, el prestador del servicio deberá aportar los elementos o medios de prueba eficientes para acreditar la ruptura del nexo causal y liberarse de la responsabilidad.

Por otra parte, es necesario precisar que el daño causado por caso fortuito o fuerza mayor, excluye la culpa, es decir no da lugar a responsabilidad pues no ha podido ser previsto, o bien, porque habiendo sido previsto, no fue posible evitarlo.

2.7 La responsabilidad objetiva.

La responsabilidad objetiva²⁷, tiene origen en la teoría del riesgo creado, postulada por Saleilles y Josserand a fines del siglo XIX; mediante la cual se amplía el ámbito de la responsabilidad civil, al aplicarla no sólo a casos en los que se causa daño como consecuencia de hechos culposos o realizados con imprudencia (en forma subjetiva), sino también a todo aquel en el que el autor del daño obró lícitamente. De esta forma, se constituye la responsabilidad fuera de toda culpa, por el sólo hecho de causar el daño, surgiendo la idea de responsabilidad objetiva por basarse en un hecho material, el causar el daño independientemente del elemento subjetivo (culpa).

Para fundar la responsabilidad objetiva se requiere, únicamente, que el daño se cause por haber creado el autor un riesgo a través del empleo de aparatos o substancias que son peligrosos en sí mismos, a pesar de que se hayan utilizado con las precauciones necesarias y se haya causado daño. De esta manera, se originó la sustitución de la idea de culpa por la del riesgo que origina la responsabilidad.

Se sostuvo que todo el que cause un daño, por ser el autor responsable de sus propios actos, debe indemnizar al perjudicado, soportar el riesgo (exista o no culpa), en virtud de que quien realizó el hecho de alguna manera se beneficia y por ello, su patrimonio debe sufrir la disminución equivalente a la indemnización que debe recibir el perjudicado; en ese caso el perjudicado sólo tendrá que demostrar el hecho, el daño y la relación de causa efecto entre uno y otro.

En esos términos, el riesgo creado se convierte en el fundamento de la responsabilidad, sin necesidad del análisis de elementos subjetivos. Dicho supuesto

²⁷ Nespeca, Alfredo, *Mala praxis, manual de información para el médico*, Editorial Córdoba, Argentina, 2000, p. 312.

tiene su fundamento legal en el artículo 1913 del Código Civil Federal, el cual señala: *“Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente.”*

De conformidad con este artículo, para que surja la responsabilidad es necesario que se reúnan los siguientes elementos: ²⁸

- 1) El uso de cosas peligrosas;
- 2) La existencia de un daño; y
- 3) La relación causal entre el hecho y el daño.

En la responsabilidad objetiva la ilicitud no es un elemento necesario para que surja la responsabilidad civil, en virtud de lo cual, basta con que se haya ocasionado un daño para que el sujeto que hizo uso del instrumento o mecanismo, sea responsable por los daños causados. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta la interpretación de que la ilicitud también está en el hecho de violar el principio general de no causar daño a nadie, en cuyo caso sí estaría presente el elemento de ilicitud. No obstante, el mismo artículo establece como una excepción a la responsabilidad, el hecho de que el que haga uso de las cosas peligrosas demuestre que el daño no fue producido por su culpa sino por culpa o negligencia inexcusable de la víctima. Es decir, en este caso no tendrá que responder por los daños y perjuicios ocasionados porque en este caso no habría nexo causal entre la conducta del que

²⁸ Campos Díaz Barriga, M., Responsabilidad objetiva o el riesgo creado, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2000, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3496/8.pdf>

hace uso de los mecanismos y el daño, sino que se debe a una causa o circunstancia atribuible a la propia víctima del daño.²⁹

Fuentes de información

- Casa Madrid Mata O., La atención médica y el derecho sanitario. Editores JGH. México 1999, pp. 43-50.
- Dobler López, Irving F., La responsabilidad en el ejercicio médico. Editorial El Manual Moderno, México, 2002, pp. 115-121.
- Lozano Noriega F. Contratos. 2ª ed. México. Asociación Nacional del Notariado Mexicano, 2001; p. 486.
- Nespeca, Alfredo, Mala praxis, manual de información para el médico, Editorial Córdoba, Argentina, 2000, p. 312.
- Pérez De Leal, R. Responsabilidad civil del médico, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 86.
- Salvat, Raymundo, Responsabilidad civil de los médicos. Editorial La Ley, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 257.

Páginas WEB

- Campos Díaz Barriga, M. Responsabilidad objetiva o el riesgo creado, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2000, en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3496/8.pdf>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Ley General de Salud, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

²⁹ *Idem.*

- Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
- Secretaría de Salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN DE LAUDO ARBITRAL EMITIDO POR LA CONAMED

El laudo que se presenta en esa continuación se refiere al establecimiento de la responsabilidad civil en un hospital privado, derivado de un tratamiento médico inadecuado e inoportuno que ocasionó la amputación de la pierna de un paciente.

“

XXXXXXX
VS.
XXXXXXX
EXPEDIENTE N°

Ciudad de México, a XXXXXXXX, visto para resolver el arbitraje dentro del expediente al rubro indicado.

RESULTANDOS

I.- La queja se presentó ante la Dirección General de Orientación y Gestión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en contra de un hospital privado, por la atención médica recibida por un trabajador del servicio público con prestación de servicios de salud de carácter subrogado.

El usuario del servicio de salud consideró que la atención otorgada en el Hospital, no fue adecuada ni oportuna y le ocasionó daño a su integridad física, debido a lo cual solicitó el pago de una indemnización.

Los hechos citados por la parte quejosa, consistieron en lo siguiente:

- *Refirió pertenecer a una corporación de vigilancia, lo que lo hace beneficiario de servicio médico en un hospital privado.*
- *Al estar desarrollando sus actividades laborales cayó en una coladera, lo que le provocó lesiones en ambos pies donde tenía unas úlceras por cursar con padecimiento de diabetes mellitus, por lo que al día siguiente acudió al*

hospital para revisión, le dijeron que estaba bien y lo dieron de alta, al acudir a laborar notó el pie izquierdo muy inflamado, con coloración morada y sus dedos blancos, por ello acudió al hospital, le realizaron una curación y colocaron vendaje de Jones, le indicaron curaciones con medio litro de cloro, vinagre y agua, sin embargo la evolución fue mala, su pie se inflamó y se acompañó de olor fétido, a las dos semanas acudió nuevamente al hospital donde fue internado, sin embargo transcurrió un mes sin ser valorado, y sin realizarle curaciones, hasta que se presentó un médico quien le dijo: “una disculpa por la falta de atención pero apenas me habían avisado de su internamiento”, le dijo que su pie estaba muerto y gangrenado, por lo que días después lo ingresaron a quirófano y le amputaron su pierna izquierda por debajo de la rodilla.

II.- *Durante la etapa de conciliación, ante la Dirección General de Conciliación, previo a la audiencia, en contestación a la queja instaurada en su contra, mediante comparecencia del XXXXX, el Hospital demandado por conducto de su Apoderado, manifestó:*

- *El quejoso oculta, tal y como consta en el expediente clínico, que es un paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada; al ser atendido y valorado por sus médicos tratantes en el Servicio de Cirugía General, refirió alteraciones a nivel de miembro pélvico izquierdo de quince días de evolución, por lo que es ingresado para recibir de sus médicos tratantes la atención médica que su padecimiento requería y ya estando al cuidado de la especialidad de Medicina Interna, se emiten los diagnósticos de Diabetes Mellitus descontrolada, úlcera en cabeza de primer metatarsiano pie izquierdo, celulitis en pie izquierdo, urticaria, necrobiosis diabética pie izquierdo.*
- *Es evidente una culpa inexcusable, falta de cuidado y negligencia del propio paciente en el cuidado de su salud, desde luego no imputable al hospital.*

- *Durante la estancia hospitalaria del paciente, estando bajo el cuidado de sus médicos tratantes, con los tratamientos indicados, evolucionó a la mejoría por lo que es dado de alta con las correspondientes indicaciones médicas para su cuidado.*
- *Días después, de nueva cuenta y previo a diversas consultas, el paciente acudió a la consulta externa, fue remitido a Angiología para su internamiento con diagnóstico de ingreso necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orfejo Wagner IV y Diabetes Mellitus 2, a pesar de los tratamientos indicados y cuidados brindados por sus médicos tratantes, su evolución fue tórpida, presentando aumento de lesiones, secreción fétida e hipersensibilidad local, por lo que se programó para cirugía consistente en ablación transtibial izquierda, la que se llevó a cabo días después, al ser su evolución satisfactoria tres días después fue egresado.*
- *La atención médica que le fue brindada por sus médicos tratantes fue oportuna, adecuada, eficiente, apegada a la literatura médica universal del caso concreto, no apreciándose elemento alguno de mala práctica médica.*
- *El actor pretende una indemnización por el supuesto daño que dice, sin aportar elemento de convicción alguno, perdiendo de vista que el hospital es una persona moral, no médico, que no intervino en la atención médica que le fue brindada de manera oportuna, eficiente, adecuada por sus médicos tratantes y mucho menos intervino en el acto quirúrgico referido ya que únicamente le brindó servicios hospitalarios no médicos; en todos y cada uno de los formatos que firmó el paciente como su familiar responsable (consentimiento bajo información, ya sea para su ingreso hospitalario, para la atención en el área de urgencias, procedimiento anestésico, quirúrgico, de amputación, etc.), lo que jurídicamente hace improcedente su acción y desde luego dicha pretensión.*

De igual suerte, opuso como excepciones y defensas:

- *La de falta de acción y derecho. - Del hoy actor arbitral para reclamar del hospital las prestaciones que pretende por el solo hecho de que “el considera” sin sustento médico alguno, que la atención médica, no hospitalaria, que se le otorgó no fue adecuada ni oportuna, siendo evidente una culpa inexcusable, falta de cuidado y negligencia del propio paciente en el cuidado de su salud, no imputable al hospital.*
- *La de falta de acción y derecho. - El hoy actor arbitral, reclama únicamente de mi mandante, persona moral, no médico, sin haber mencionado y mucho menos, reclamado prestación alguna de los médicos que le brindaron atención médica, es decir de sus médicos tratantes que intervinieron en el tratamiento de su padecimiento.*
- *La queja es notoriamente improcedente e infundada en virtud de que el hoy actor arbitral únicamente demandó del hospital, persona moral, no médico, las prestaciones contenidas en el correspondiente capítulo de su escrito de queja y si bien pudiera pensarse que existe una responsabilidad civil solidaria para todos aquellos que intervinieron en la atención médica brindada al paciente, y que de conformidad con los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud, ésta es el conjunto de servicios médicos que se proporcionan al paciente como el fin de proteger, promover y restaurar la salud, siendo entre otras actividades preventivas que incluyen las de protección específica y curativas que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.*
- *Atento a lo anterior deberá considerarse y no perderse de vista que en todo el hospital se requiere, entre otros, de médicos y enfermeras y que cuando se estudia una posible negligencia médica es dable hacer un análisis atendiendo única y exclusivamente a una de las partes que integran la atención médica, en este caso, los médicos en virtud de que en las instituciones que brindan servicios de salud, la atención se encuentra dividida en diferentes actividades a cargo de diversas áreas y especialidades en las*

que intervienen varias personas que serán responsables de su actuar de acuerdo al servicio proporcionado, imagenología, ultrasonido, cirugía, etc., toda vez que la atención médica es un conjunto de servicios y dependiendo del caso concreto deberá especificarse, en su caso, cuál fue el daño causado para determinar qué área es responsable y persona en particular.

- *De igual forma, no debe perderse de vista que la atención médica no se integra de un solo acto, sino de un conjunto de actos individuales y perfectamente delimitables a cargo de diversos integrantes del equipo de salud, por lo que si bien, la atención médica debe ser estudiada en su integridad, esto no implica que se trate de obligaciones solidarias pues debe existir una suerte de plus petitio y sería más que incongruente que en su caso se llegare a obligar al hospital persona moral, no médico, al pago de una indemnización cuando éste no es responsable directo en su caso de una mala praxis, fijando un criterio de responsabilidad extensiva y solidaria ex officio que no tiene sustento legal, no siendo atribuible responsabilidad civil médica a un hospital, sin sustento, sino que es necesario un estudio de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en los distintos actos médicos a fin de determinar que las obligaciones son divisibles no solidarias máxime como lo es el caso que nos ocupa, el personal médico privado no está sujeto a la dirección, dependencia, supervisión de las instituciones y sería un absurdo jurídico que todo el personal o institución pudiera ser condenado indiscriminadamente por un acto autónomo de alguno de ellos, lo cual es contrario a la ley.*
- *La falta de acción y derecho.- Atento al contenido de los diversos formatos denominados “Consentimiento bajo información”, los cuales están suscritos tanto por el paciente y por su familiar responsable, en los que reconocen y aceptan: “Manifiesto que no me reservo ninguna acción legal en contra del hospital, quienes no se hace hacen responsable de los resultados de los tratamientos e intervenciones quirúrgicas, así como de la evolución del*

mismo, ya que ésta presta exclusivamente servicios hospitalarios. Toda la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones médicas recae exclusivamente en su médico tratante”.

- *En todo caso, y conforme a las reglas probatorias corresponde al actor arbitral acreditar los elementos de su acción, misma que, atento a las consideraciones antes formuladas, resulta notoriamente improcedente e infundada por el solo hecho de haberse limitado a formular su queja en contra de mi mandante, persona moral, no médico.*

IV.- En las audiencias de conciliación verificadas ante la Dirección General de Conciliación de esta Comisión los días XXXX y XXXX, las partes no lograron resolver la controversia por la vía autocompositiva y estuvieron de acuerdo en someterse a la forma heterocompositiva denominada arbitraje.

V.- Las reglas del juicio arbitral, previo desahogo de la audiencia preliminar, quedaron plasmadas en el compromiso otorgado por las partes ante el personal de la Dirección General de Arbitraje de CONAMED, en el cual se fijó como objeto:

- 1. Establecer, si “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, actuó o no, con negligencia, impericia o dolo, en la atención proporcionada a la parte actora.*
- 2. Determinar, si “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, por la atención que estima irregular “LA PARTE ACTORA”, deberá acceder a su pretensión consistente en:
A) EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN POR EL DAÑO OCASIONADO.*
- 3. Establecer si por el contrario, “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, actuó correctamente en la atención brindada y por ello debe ser absuelto del pago de la prestación reclamada.*

Durante el juicio las partes aportaron sus respectivos elementos probatorios.

Entre sus pruebas, la parte actora exhibió:

- ✓ *Queja presentada ante el propio hospital prestador del servicio.*
- ✓ *Hojas de referencia y contrarreferencia,*
- ✓ *Hojas para atención médica.*
- ✓ *Licencias médicas.*
- ✓ *Notas de alta hospitalaria.*
- ✓ *Imágenes fotográficas.*

El hospital demandado ofreció:

- ✓ *Copia del expediente clínico integrado con motivo de la atención del paciente.*
- ✓ *Instrumental de actuaciones.*
- ✓ *Presuncional legal y humana.*

Con el carácter de pruebas para mejor proveer, la CONAMED determinó la necesidad de allegarse de los siguientes elementos:

- ✓ *Placas de estudio de ultrasonido.*
- ✓ *Interpretación de estudio USG Doppler de extremidad pélvica izquierda.*
- ✓ *Estudios de laboratorio.*
- ✓ *Estudios de antibiograma.*
- ✓ *Diversas placas radiográficas.*
- ✓ *Contrato N° CPPA/LPN/002/17, otorgado por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México y el Hospital XXXXXX, obtenido de la página electrónica:
http://data.caprepa.cdmx.gob.mx/transparenciaNueva/121/fraccion_30/2017/actual/2017/CONTRATOS/CPA-AD-002-17_1.PDF*

Se celebró la audiencia de desahogo de pruebas y presentación de alegatos, por lo que se ordenó el cierre de la instrucción con citación de las partes para oír el laudo respectivo.

CONSIDERANDOS

I.- FUNDAMENTO LEGAL.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, está facultada para conocer y resolver el presente juicio arbitral en términos de los artículos 1º, 2º, 4º, fracciones III y V, y 11º, fracciones I, V, IX, X, XI y XII de su Decreto de Creación; 1º, 8º, 10, 22, 23, 34, 35, 36, 37, 47, 48, 73, 74, 76 y 78, de su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial; en relación con el Título Octavo del Código de Procedimientos Civiles para la Ciudad de México referente al Juicio Arbitral. Es igualmente aplicable el Acuerdo del ocho de octubre de dos mil quince, por el que se delegan facultades en el Director General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de noviembre de dos mil quince.

II.- RESUMEN CLÍNICO.

Se integró con las pruebas documentales y fotográficas generadas durante el proceso de la atención médica hospitalaria del paciente XXXX, con particular énfasis en el expediente clínico exhibido por el Hospital demandado.

14 de febrero de 2017, 11:10 horas. Hoja de Atención en Urgencias. Edad: 49 años. Evaluación de Triage: Tipo de urgencia. Atención médica, arribó por propios medios, aspecto tranquilo, en los signos vitales únicamente se señaló **temperatura 37.5°C**. No se clasificó la prioridad.

Motivo de la atención: TA (tensión arterial) 140/80 mmHg (milímetros de mercurio), FR (frecuencia respiratoria) 20 rpm (respiraciones por minuto), **FC (frecuencia cardiaca) 96 lpm** (latidos por minuto), Temp. (temperatura) 36°C (grados centígrados), **glicemia 341 mg/dL**, peso 78 kg, talla 1.72 m, saturación (no se registró).

11:30 horas: paciente diabético en control con hipoglucemiantes orales y con 3 unidades de insulina (no se especifica tipo) y que ha presentado dolor y una úlcera en el primer dedo del pie izq., actualmente ha presentado dolor y dif. (sic) para deambular. A la exploración "conviente" ambulante con marcha claudicante, no ha presentado fiebre, con cráneo normal, con **mucosa oral seca**, tórax de forma y volumen normal, con campos pulmonares limpios y ventilados, abdomen sin datos anormales, en miembro inferior izq. en el **primer dedo** se aprecia **incrementado de volumen, indurado** y con **cambios de coloración** y en la cara plantar se aprecia **una herida de aprox. tres por un cm con natas de fibrina**, sin olor. Miembros restantes sin datos anormales, los signos vitales actuales con TA 140/80, **pulso 100 por min.** Glicemia periférica 341 mgs. Diagnósticos: Diabetes mellitus en descontrol, celulitis de primer orjeo, descartar necrobiosis. Plan terapéutico: pasa a Observación, **"2,000 cc de sol. fisiológica en bolo y posteriormente 1,000 cc de sol. fisiológica para una hora, indicaciones de urgencias"**. Laboratorio: BH (biometría hemática), QS (química sanguínea), ES (electrolitos séricos), TP-TPT (tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina), gasometría, EGO (examen general de orina). Gabinete AP y O (radiografía anteroposterior y oblicua) de pie izquierdo.

En nota subsecuente, sin hora: Cursa su primera hora de estancia hospitalaria con los siguientes diagnósticos: necrobiosis diabética Wagner 2-3, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. Refiere estar bien. Cardiorrespiratorio sin agregados, neurológico íntegro, pie izquierdo con lesión en región plantar a nivel del primer metatarso, edema, hiperemia región dorsal, llenado capilar presente normal, por el momento ingresa al área de observación, se solicitan preoperatorios, se inicia hidratación IV, doble esquema antimicrobiano.

Add. El paciente refiere estar ingiriendo desde hace 2 meses amoxicilina y ampicilina, 3 unidades insulina, GBC (glibenclamida) 1x2, metformina 1x2. **Rx pie izquierdo sin lesión ósea.**

Nota de revaloración y alta del servicio de Urgencias del 14 de febrero de 2017, a las 16:00 horas: Paciente quien se presenta con cuadro clínico de microangiopatía con proceso ulcerativo del dorso del 1er orjejo del pie izquierdo, actualmente con proceso Wagner II/III-V (grado dos a tres en una escala de cinco), neuropatía incipiente (pie de Charcot). **Hay respuesta inflamatoria sistémica leve a moderada con leucos (leucocitos) de 15,000 con predominio de granulocitos sin bacteriemia.** Rx de pie sin afcción ósea, **ni presencia de gas en cantidad importante en tejidos blandos** (hay una imagen que corresponde a gas en el área del cráter de la úlcera. El gasc a través de la herida es seroso no fétido. Se realiza curación y colocación de vendaje de Jones. Cita el próximo lunes para su revaloración y seguimiento. 09:00 hrs. Se envía a la consulta externa de Angiología con solicitud de USG (ultrasonido) Doppler de ambas extremidades. No se descartan complicaciones propias de su patología de base. **Alta del servicio.**



14/02/2017.- Radiografía dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo. Se observa a nivel de la falange distal de primer rayo presencia de osteofitos en región anterior-distal y lateral a nivel de la base de la falange, con presencia de gas en región lateral de la articulación metatarsofalángica, imágenes radioopacas múltiples en la zona, sin imágenes líticas, con presencia de calcificación vascular lateral. Asimismo se observa una imagen radio-lúcida a nivel del dorso de la articulación

metatarsofalángica del quinto orjejo circunscrita que abarca la región lateral de la articulación metatarsofalángica del cuarto rayo.

En el expediente no obran registros de Enfermería, ni se aportaron los reportes de laboratorio del 14 de febrero de 2017.

15 de febrero de 2017, 16:30 horas. Hoja de Atención en Urgencias. En el rubro de evaluación de Triage, se registró: "Amarillo", tipo de urgencia: atención médica, arribó por propios medios, aspecto tranquilo, signos vitales: TA 120/70, FR 17, FC 80, Temp. 36.4, pulso regular. **Glucemia 534 mg/dL**, saturación 97%. Reingreso en menos de 24 horas: no.

Motivo de la atención: Signos vitales: TA 100/60, **FR 24, FC 90**. Antecedentes de importancia: alérgicos negados, crónico degenerativos: diabetes mellitus de 15 años de diagnóstico en tratamiento con metformina, glibenclamida e insulina (no se especifica tipo) 3 UI. PA (padecimiento actual): inicia hoy aproximadamente a las 14:30 horas, con prurito generalizado en tronco, lesiones dérmicas de tipo habones. Refiere ingesta únicamente de rol de canela y café. E.F. (exploración física): diaforético, alerta, agresivo, consciente, orientado, con adecuada coloración y estado de hidratación de tegumentos, facies álgica, cráneo sin alteraciones, con eritema en tronco y miembros torácicos, pupilas isocóricas, isométricas, normorreflécticas, cavidad oral con faringe sin alteraciones, edema en lengua, cuello sin masas ni megalias palpables, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin agregados. Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades sin alteraciones, no datos de deterioro neurovascular, pulsos presentes y llenado capilar inmediato, ROTs (reflejos osteotendinosos) ++, fuerza 5/5. Pie izquierdo con vendaje de Jones para disminución de edema por **proceso ulcerativo, dorso de primer orjejo**. Diagnósticos: intoxicación alimentaria/diabetes mellitus descontrolada. Plan terapéutico: solución fisiológica 0.9% 1,000 ml en carga. Laboratorio: BH, QS, ES,

gasometría, EGO. Gabinete: tele de tórax, USG Doppler de extremidad pélvica izquierda.

17:12 horas, nota de seguimiento de Urgencias, se registró: TA 100/80, FR 24, glucosa 500. "Revaloración Urgencias 15/02/2017 16:00 horas". "Se presenta con cuadro clínico de microangiopatía con proceso ulcerativo del dorso del 1er orjejo del pie izquierdo, actualmente con proceso Wagner II/III-V, neuroartropatía incipiente (pie de Charcot). Hay respuesta inflamatoria sistémica leve a moderada con leucos 15,000 con predominio de granulocitos sin bandemia. Rx de pie sin afección ósea, ni presencia de gas en cantidad importante en tejidos blandos (hay una imagen que corresponde a gas en el área del cráter de la úlcera). El gasto a través de la herida es seroso, no fétido. Se realiza curación y colocación de vendaje de Jones". Reingresa por presentar hipersensibilidad tipo I secundario a la administración de ketorolaco, habiendo presentado rash universal de predominio en tronco que han desaparecido al momento de la revaloración. Se mantuvo en sueño fisiológico desde su egreso hospitalario hasta el día de hoy a las 13:00 horas promedio, por lo que no ha existido apego a manejo establecido (sic). En este momento con cuadro de ansiedad, mucosas orales secas y con ventilación aumentada en frecuencia. Se inicia manejo médico a base de soluciones endovenosas e insulina rápida en infusión. No se descartan complicaciones propias de su patología de base como estado hiperosmolar hiperglucémico/cetoacidosis diabética o estado mixto.

A las 17:22 horas, en indicaciones médicas, se registró: ayuno, SF (solución fisiológica) 0.9% 1,000 ml para carga (indicación atendida a las 18 horas), SF 0.9% 1,000 ml para 1 hora (indicación atendida a las 18:30 horas). SF 0.9% 1,000 ml para 2 horas (indicación atendida a las 19 horas). SF 0.9% 1,000 ml para 8 horas (indicación atendida a las 21 horas). Solución glucosada 5% 250 ml para 4 horas en "Y" al tener una glucometría capilar de 250 mg/dL o menor. Medicamentos: insulina rápida 100 unidades internacionales en SF 0.9% 100 ml a pasar 8 ml/hr. Ceftriaxona solución 2 gr IV cada 12 horas. Clindamicina solución 600 mg IV cada 8 horas.

Pentoxifilina solución 300 mg IV cada 12 horas. Paracetamol solución 1 gr IV cada 6 horas en caso de fiebre (mayor a 38. 5° C). Oxígeno por puntas nasales a 5 L/min. Signos vitales por turno y cuidados generales de Enfermería, semifowler, cama con barandales en forma estricta, control estricto de líquidos por turno, vigilancia del estado hemodinámico, ventilatorio y neurológico, revaloración con resultados. Se reiteró la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.

A las 17:29 horas se reportó gasometría arterial con pH 7.56, HCO₃ (bicarbonato) 10.3 mmol/L, pCO₂ (presión arterial de dióxido de carbono) 11.5 mmHg, pO₂ (presión arterial de oxígeno) 123 mmHg, SatO₂ (saturación de oxígeno) 99.3%, lactato 2.9 mmol/L, EB (exceso de base) -9.4 mmol/L.

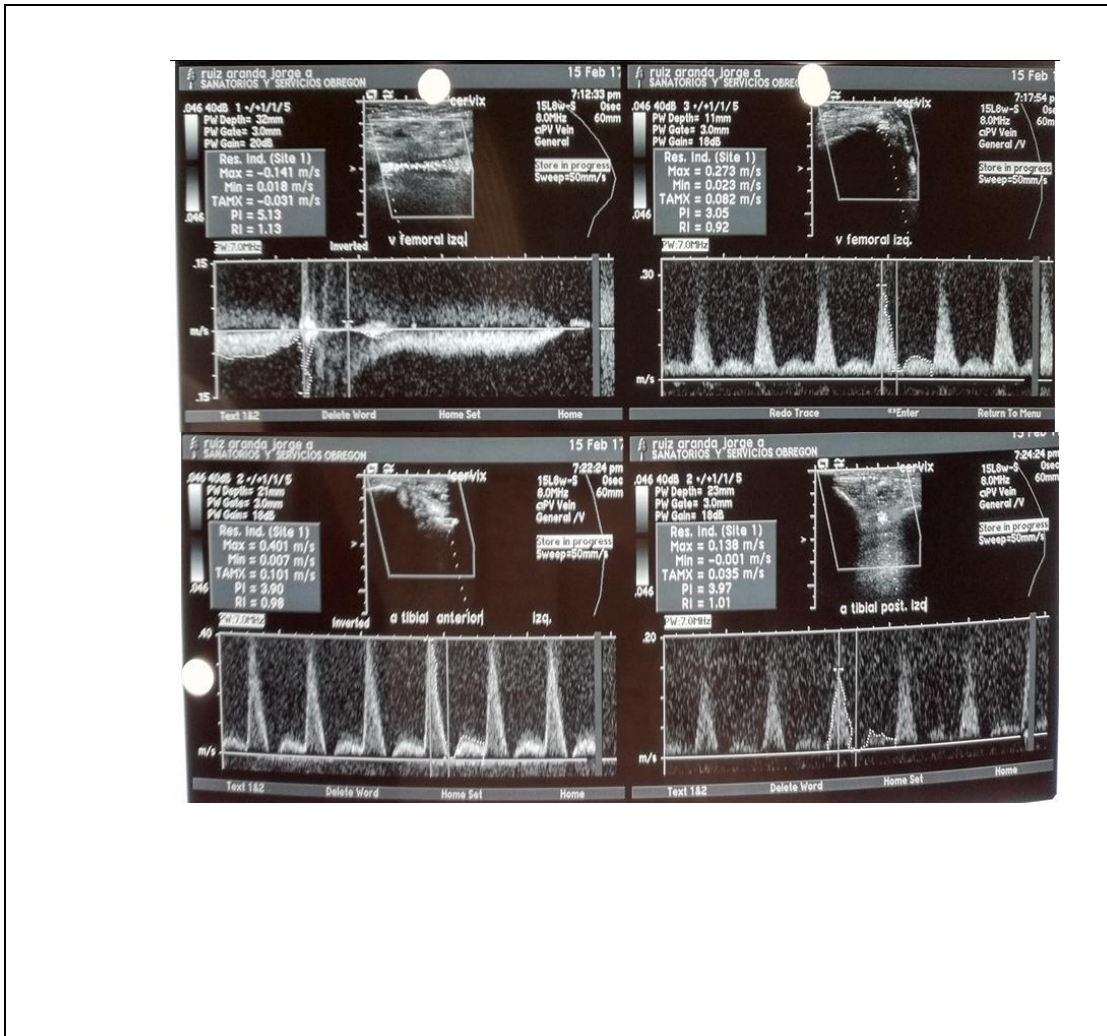
Se cuenta con reporte de laboratorio de las 20:56 horas con hemoglobina de 14.8 g/dl, hematocrito 41.6%, plaquetas 342 10⁹/l, leucocitos 12.2 10⁹/l, granulocitos 88% y a las 21:01 horas glucosa de 585.9 mg/dl, urea 42, creatinina 1.44, Na (sodio) 129.6, K (potasio) 5.54, Cl (cloro) 96.6.

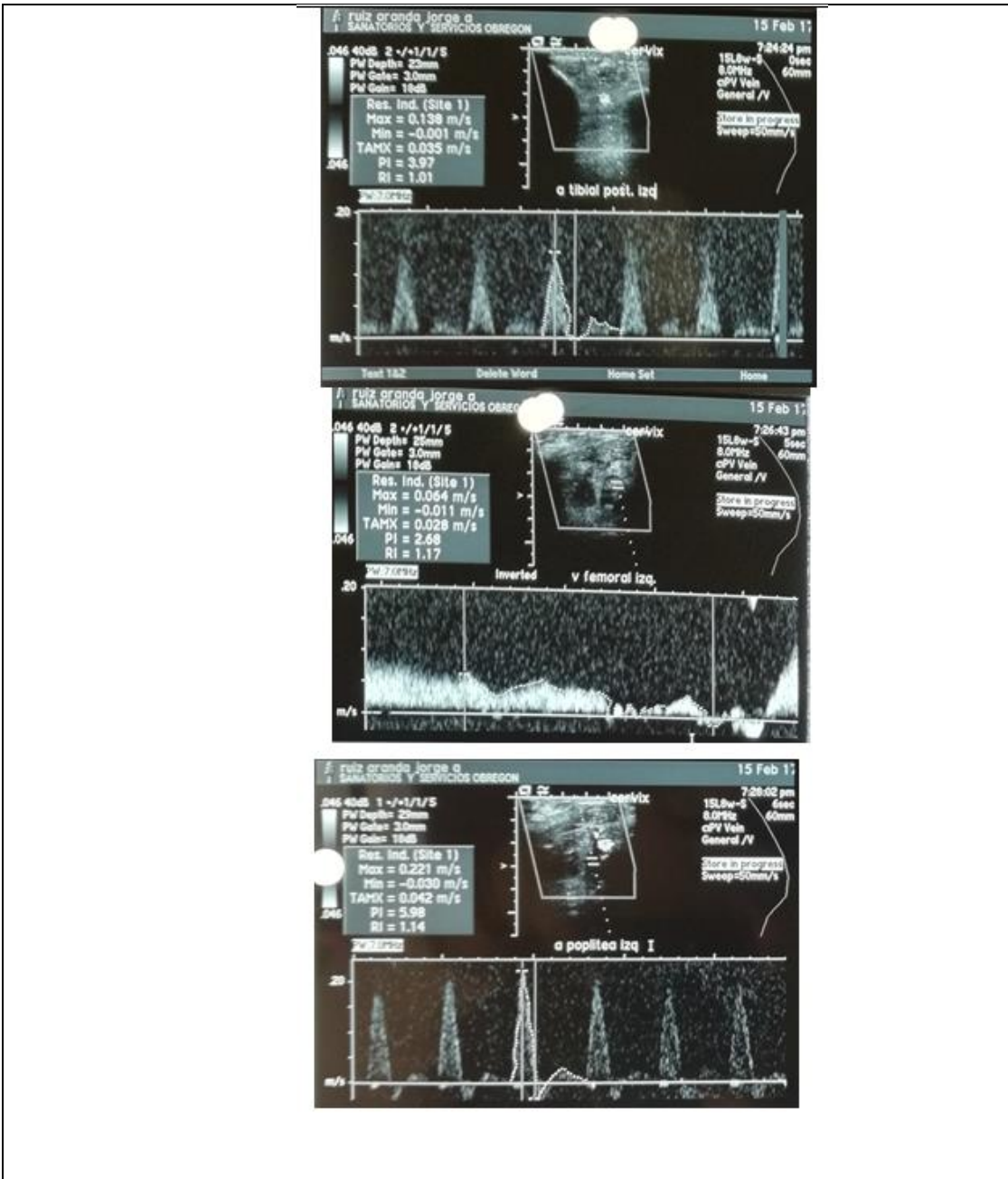


15/02/17.- Radiografía de tórax:

Tejidos blandos y óseos sin alteraciones, tráquea central, parénquima pulmonar sin infiltrados, ni consolidaciones, mediastino en forma y situación habitual, ángulos cardiofrénicos y costodiafrágicos libres.

15 de febrero de 2017, Ultrasonografía Doppler de miembro pélvico “derecho” (sic) con equipo V730 E estudio en tiempo real, con transductor multilínea multifrecuencia, paciente en decúbito supino y prono, se encontró:





15/02/17. Sistema venoso con adecuada compresibilidad y se encuentran permeables, lo cual se confirmó con ultrasonido Doppler de color. No se observaron trombos en este momento. Todo este sistema presenta patrón de flujo con turbulencia. Las venas poplítea y femoral presentan datos de reflujo.

Sistema arterial sin presentar imágenes en relación a calcificaciones, ni ateromas en este momento. Presenta flujo sanguíneo con índice de resistencia alta.

Arteria interdigital del 1er orjejo de pie izquierdo con flujo sanguíneo presente e IR 0.74.

Conclusiones:

- Los sistemas venosos superficial y profundo izquierdos presentan datos de insuficiencia venosa, sin observarse en este momento datos de trombosis venosa.
- Arterias con índice de resistencia alta. Arteria interdigital del 1er orjejo de pie izquierdo con flujo sanguíneo presente e IR (índice de resistencia) 0.74.

22:08 horas, nota de interconsulta de Cirugía General: TA 120/70, pulso 72, respiración 18, temperatura 36.5° C. "Se trata de paciente masculino de 78 años (sic) refiere presentar alteraciones a nivel de miembro pélvico izquierdo de 15 días de evolución aparentemente, con aumento de volumen a decir del paciente el día de ayer, con **aumento de la temperatura local, con hiperemia localizada** por lo que acude a esta unidad. Actualmente se encuentra a la exploración física dirigida con miembro pélvico izquierdo con **hipertermia, hiperemia, con dolor a la palpación media y superficial, aumento de volumen localizado a pie**, sin cambios de coloración indicativos de necrosis, sin salida de material purulento, **pulsos presentes sin alteraciones**. Paciente sin criterios quirúrgicos por parte de Cirugía General en este momento, se sugiere iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro y control metabólico y continuar protocolo de estudio con vascular periférico. Pronóstico reservado a evolución." Idx (impresión diagnóstica). Celulitis MPI (miembro pélvico izquierdo).

16 de febrero de 2017, 00:50 horas, nota de interconsulta de Medicina Interna: TA 122/80, pulso 85, respiración 16, temperatura 36. Acudió a Urgencias por exantema generalizado que ya se resolvió, así como **aumento de volumen y eritema de pierna izquierda**, con presencia de **úlceras grado 2 en región plantar del primer dedo**. A la EF en piernas se palpan los **pulsos poplíteo y pedio disminuidos**, así como **pies fríos** y con **llenado capilar lento**, el **pie izquierdo con eritema, aumento de temperatura, dolor a la palpación, aumento de volumen, especialmente del primer dedo**. SO2 94% al ambiente. En sus laboratorios destacó glucosa 585, urea 42, creatinina 1.44, leucocitos 17.2, Hb 14.8, plaquetas 342. El paciente requiere tratamiento antibiótico intravenoso. Recomendamos

ceftriaxona + metronidazol, por considerarlo pie diabético, se pide que **se suspenda infusión de insulina y se inicie NPH 25-0-15 UI SC**. Sube a piso de Medicina Interna cuando haya habitación disponible.

Ingreso a piso de Medicina Interna, 04:00 horas, en la nota de ingreso se agregaron los siguientes resultados de laboratorio y gabinete: Na (sodio) 129.6, K (potasio) 5.54, Cl (cloro) 96.6. USG Doppler de extremidad pélvica izquierda arterias con índice de resistencia alta. Plan: continuar manejo. Indicaciones de las 02:00 horas: Dieta para diabético, solución salina al 0.9% 1,000 mililitros intravenoso para 24 horas. Se continuó con ceftriaxona y clindamicina, insulina NPH subcutánea 25 unidades en la mañana y 15 unidades por la noche, oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto.

10:00 horas, se reportó con prurito y dificultad para hablar, con dolor intenso rodeando la lesión ulcerosa. A la exploración física TA 130/80, pulso 80, respiración 20, temperatura 36.9. Extremidades superiores con lesiones de urticaria, extremidades inferiores con lesiones de rascado, pie izquierdo con úlcera en cabeza de primer metatarsiano, rodeada con halo eritematoso y caliente, edema, muy doloroso a la palpación hasta mitad del dorso del pie.

17:00 horas, 16 de febrero, se modificó la vía de administración de hidroxicina por vía oral 10 mg cada 8 horas, **se solicitó interconsulta a Ortopedia**. 18:00 horas, paraclínicos de control: leucocitos 14,600, hemoglobina 13.3, hematocrito 39.4, plaquetas 338, Na 136.0, K 3.95, Cl 103, glucosa 214.6, urea 52.1, creatinina 1.03. Examen general de orina: turbio, densidad 1,030, pH 5.0, proteínas 30 mg/dL, glucosa 100 mg/dL, cuerpos cetónicos ++, células epiteliales escasas, bacterias escasas, leucocitos 3.5/campo, cilindros granulosos y hialinos 0-2/campo.

Formato de transferencia de paciente, turno nocturno, en espera de valoración por Ortopedia, "ya no presentó reacción alérgica", se recomienda solicitar gasometría y

tiempos de coagulación. Nota de las 23:00 horas: pendiente la valoración por Ortopedia para determinar la necesidad de tratamiento quirúrgico.

17 de febrero de 2017, 10:30 horas: Asintomático. Paraclínicos: biometría hemática con leucocitos 16,800, hemoglobina 12.2, Hto. 33.7, plaquetas 335, Na 136.8, K 4.01, Cl 103.5, glucosa 223.5, urea 40.4, creatinina 0.76, TP 13, TPT 32.9, INR 1.07. Actualmente neurológica y hemodinámicamente estable, tolerando la vía oral, con diuresis y evacuaciones al corriente, en espera de valoración por el servicio de Trauma y Ortopedia para normar conducta, “se indica tratamiento de sostén con esteroide para evitar efecto rebote”.

Indicaciones, **se agregó al manejo: metronidazol 500 miligramos intravenosos cada 8 horas**, prednisona 10 mg tabletas vía oral cada 24 horas, resto sin cambios y **ketorolaco, solución inyectable c/ 8 horas IV**.

Nota de evolución vespertina, se reiteró que estaban a la espera de valoración por el servicio de Trauma y Ortopedia para normar conducta **“ya que se ha presentado salida de material purulento”**.

18 de febrero de 2017, 09:00 horas, nota de Interconsulta de Ortopedia: Presión arterial 120/70, pulso 72, respiraciones 20, temperatura 36. 5º C. Refiere aumento de volumen y de temperatura local, así como hiperemia a nivel de 1er dedo y dorso de pie izquierdo. Al momento de la valoración se observa miembro pélvico izquierdo íntegro, en cara plantar del dedo gordo se observa úlcera de aprox. 1x1 cm ya en fase de cicatrización, con costra hemática, no se observan datos de necrobiosis, sin embargo, se observan petequias, **aumento de temperatura local, hiperemia y edema en dorso de pie con extensión hacia tobillo**, radiográficamente sin datos de infección ósea. Idx. Celulitis de pie izquierdo. Plan: no amerita manejo quirúrgico por Ortopedia, queda a cargo de servicio médico tratante.

Nota de evolución y jornada acumulada, 22:00 horas: Asintomático, exploración física igual a notas previas. Se reportaron paraclínicos de control: **leucocitos**

19,290, hemoglobina 10.2, hematocrito 29.3, plaquetas 352,000, Na 139.9, K 3.99, Cl 104.6, glucosa 170.8, urea 28.6, creatinina 0.75. "En espera de valoración por Traumatología y Ortopedia" (sic).

En el expediente clínico no obra nota de evolución correspondiente al 19 de febrero de 2017. En las indicaciones médicas **se suspendió metronidazol**, se indicó hidrocortisona 200 mg intravenosa dosis única y paracetamol 1 gramo solución intravenosa cada 8 horas en caso de temperatura mayor o igual a 38° C, curaciones por médico interno de Cirugía, resto de las indicaciones sin cambios.

20 de febrero de 2017, nota de evolución de las 10:30 horas: Tensión arterial 115/70, pulso 72, respiraciones 19, temperatura 36. 3° C. Diagnósticos: diabetes mellitus en descontrol, necrobiosis diabética de pie izquierdo, urticaria remitida (sic). Actualmente refiere prurito en brazos y miembro pélvico izquierdo. Paraclínicos de control: **leucocitos 24,200**, hemoglobina 11.8, hematocrito 33.2, plaquetas 386,000, Na 138.6, K 4.05, Cl 103.8, glucosa 172.6, urea 24.7, creatinina 0.71, "pH 7.42, PCO2 35.3, PO2 18.6, SO2 -26, HCO3 22.5" (sic). Neurológica y hemodinámicamente estable, tolerando la vía oral, diuresis y evacuaciones al corriente, persiste sintomatología dermatológica, se indica hidroxicina dosis única y en espera de revaloración de Trauma y Ortopedia para normar conducta de necrobiosis de pie diabético.

Nota de Traumatología y Ortopedia, sin hora, se registró: Paciente con diagnóstico de pie diabético. E.F. úlcera en primer dedo de pie izquierdo, con **exudado purulento a la expresión, hiperemia**, Rx sin lesión ósea. Plan: **toma de cultivo mañana, curación con desbridación en cama**, valorar Anasept. Se toma cultivo.

Nota de las 23:00 horas: Presión arterial 120/80, **pulso 95**, respiración 16, temperatura 37.8. Consciente, orientado, neurológicamente íntegro, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen asignológico. En pierna izquierda **eritema distal hasta nivel perimaleolar**, con aumento de la temperatura local.

Tiene úlcera aparentemente grado 2 en la cara plantar del primer dedo del pie izquierdo que presenta secreción sanguinolenta, sin rigidez, pero pulsos pedio y poplíteo disminuidos. **A pesar del antibiótico ha persistido con fiebre**, por lo que se agregó metronidazol para completar cobertura. Si con este cambio no mejora habrá que escalar el tratamiento y pensar en la toma de biopsia de hueso. Hoy se envió muestra de la secreción de la úlcera para cultivo. Es recomendable la medición de VSG y de continuar con fiebre, realizar un estudio de imagen para descartar osteomielitis.

Indicaciones: dieta blanda para diabético, solución salina 0.9% 500 ml IV para 24 horas, se continuó con ceftriaxona, clindamicina, insulina NPH 27 unidades internacionales en la mañana y 17 unidades internacionales en la noche subcutáneas, se indicó suspender prednisona, continuó con ketorolaco y paracetamol, se agregó: metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, omeprazol 20 mg vía oral cada 24 horas, hidroxicina 10 tabletas una cada 12 horas, hidrocortisona solución inyectable 200 mg IV cada 8 horas, resto sin cambios.

21 de febrero de 2017, 17:00 horas: Asintomático, despierto, orientado, pupilas isocóricas y reactivas, mucosas rosadas y húmedas, cuello normolíneo, sin presencia de megalias palpables, tórax con correctos movimientos respiratorios, ruidos cardiacos con adecuado tono y ritmo, sin ruidos “agregantes”, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, extremidades inferiores “pie izquierdo con úlcera en cabeza de primer metatarsiano, rodeada con halo eritematoso y caliente, edema, muy doloroso a la palpación hasta mitad del dorso del pie”. Neurológica y hemodinámicamente estable, tolerando vía oral, con diuresis y evacuaciones al corriente, continúa con manejo conservador (curaciones para el pie izquierdo), en espera de resultado de cultivo de pie. Plan: vigilar evolución. Pronóstico reservado a evolución. Familiares enterados del caso. No se señalaron signos vitales. La nota de las 23:00 horas, es exactamente igual.

En el expediente clínico no obra nota de evolución del 22 de febrero de 2017.

En las indicaciones médicas se modificó el esquema antimicrobiano por: Ciprofloxacino 200 mg solución inyectable intravenosa cada 12 horas, gentamicina 160 mg solución inyectable intravenosa cada 24 horas. Se indicó suspender hidrocortisona y se inició prednisona tabletas, 25 mg vía oral cada 24 horas.

16:57 horas, se reportó cultivo de secreción de pie izquierdo con desarrollo de **Staphylococcus epidermidis**, sensible a: ciprofloxacino, cefalotina, gentamicina, oxacilina, vancomicina, trimetoprim con sulfametoxazol, fosfomicina y resistente a: clindamicina, nitrofuranos, eritromicina, tetraciclina, penicilina.

23 de febrero de 2017, 10:30 horas: TA 140/80, pulso 80, respiraciones 20, temperatura 36.6. Actualmente asintomático. La exploración física exactamente igual a la nota del 21 de febrero. Paraclínicos: biometría hemática: **leucocitos 16,500**, hemoglobina 11.9, hematocrito 34.5, plaquetas 480,000, glucosa 181.4, urea 33.3, creatinina 0.72, Na 142, K 4.35, Cl 107.5. Se continuó con curaciones de pie izquierdo como manejo conservador.

A las 22:30 horas, se reportó: presión arterial 150/80, pulso 64, respiración 22, temperatura 36.2. Con evolución estacionaria, persiste con descontrol glucémico por lo que aumento 4 UI de NPH repartidas en las basales. Con relación al pie afectado, persiste con eritema, aumento de la temperatura local y crepitación, ya en seguimiento por Ortopedia quien realiza curaciones diarias. Se reporta muy delicado, pronóstico reservado a evolución, no exento de complicaciones., se redujo la dosis de prednisona a 20 mg. En formato de transferencia de paciente elaborado por el personal médico en el turno matutino, se registró **frecuencia cardíaca de 90** y **temperatura de 35. 3º C**. En las indicaciones se ajustó la dosis de insulina NPH a 29 UI en la mañana y 19 UI por la noche, se continuó con ciprofloxacino 200 mg intravenoso cada 12 horas, se suspendió la gentamicina.

24 de febrero de 2017, 10:30 horas: TA 140/80, pulso 80, respiración 18, temperatura 36.2º C. Diagnóstico: diabetes mellitus 2 en descontrol, necrobiosis

diabética de pie izquierdo. Actualmente asintomático. La exploración física exactamente igual a la nota del 21 de febrero. Paraclínicos: **leucocitos 15,000**, hemoglobina 12, hematocrito 34, plaquetas 506,000, Na 130.6, K 4.24, Cl 103.9, glucosa 139.7, urea 27.8, creatinina 1.18. Se encuentra cumpliendo su segundo día de tres de impregnación antibiótica que cubre sensibilidad a microorganismo cultivado. **Valorar alta el día de mañana.** En el reporte de laboratorio se registró la diferencial de la cuenta leucocitaria con: **granulocitos 13.6**, linfocitos 7.9.

17:00 horas, se reportó asintomático, sin cambio en la exploración física respecto de notas previas, “es valorado por Trauma y Ortopedia quien comenta que está de prealta y seguimiento con curaciones y tratamiento ambulatorio”. No se registraron signos vitales.

Se indicó y se suspendió en el turno vespertino Ulcoderma ungüento aplicar en herida una vez por turno, se suspendió gentamicina. A las 23:00 horas, se comentó: “va mejor, se ajustó tratamiento según aislamientos. Hemodinámicamente estable y neurológicamente íntegro. Podrá egresar en breve. Tiene alto riesgo de recaída. Plan: pre alta, vigila evolución”. No obra nota de Traumatología y Ortopedia de esta fecha.

25 de febrero de 2017, nota de alta hospitalaria: Fecha de ingreso 15-02-2017, fecha de egreso: 25-02-2017, días de estancia: 10 días. Motivo del ingreso: “DM2 + pie diabético Wagner II”. Hallazgos relevantes físicos o de otra índole: laboratorios 25-02-2017: urea 22.5, creatinina 0.59, Na 139.9, K 4.27, Cl 103.3, glucosa 152.6, **leucocitos 14,600**, Hb 12.2, Hto 35.2, plaquetas 496. A la exploración se encuentra paciente tranquilo, orientado, cooperador, neurológicamente íntegro, cuello normolíneo, no se palpan megalias, tórax normolíneo, con correctos movimientos respiratorios, sin integrar síndrome pleuropulmonar, ruidos cardiacos de adecuado tono y ritmo, sin ruidos “agregantes”, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, extremidad pélvica distal izquierda con

presencia de necrobiosis diabética, resto íntegras, sin edema, pulsos presentes. Motivo del alta: mejoría. **Indicaciones: alta, llevar Ciproflox a 10 días.**

02 de marzo de 2017, 14:30 horas, Hoja de Atención de Urgencias: Evaluación de Triage “amarillo”. Tipo de urgencia: atención médica. Aspecto: tranquilo. Signos vitales: TA 130/70, FR 17, **FC 100**, Temp 37. Pulso regular, glicemia 168 mg/dL, saturación 98%. **“Paciente referido de consulta externa de Angiología quien sugiere valoración por Cirugía General y/u Ortopedia por proceso séptico. Al momento refiere dolor de intensidad 8/10 EVA de tipo punzante. E.F. Con uso de muletas de apoyo, alerta, consciente, orientado, con adecuada coloración y estado de hidratación de tegumentos, facies álgica, cráneo sin alteraciones, pupilas isocóricas, isométricas, normorreflécticas, cavidad oral con faringe sin alteraciones, cuello sin masas ni megalias palpables, sin ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin agregados. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades sin alteraciones, no datos de deterioro neurovascular, pulsos presentes y llenado capilar inmediato, ROTs ++, fuerza 5/5. Pie izquierdo con aumento de volumen, aumento de temperatura de predominio sobre ортеjos, secreción fétida, hipersensibilidad, llenado capilar 3 segundos. Diagnósticos: necrobiosis diabética pie izquierdo Wagner IV”.** No se registró solicitud de laboratorio y gabinete.

Nota de seguimiento de 16:30 horas, así como formato de contrarreferencia del servicio de Urgencias del 02 de marzo de 2017: “Masculino de 48 años con los siguientes antecedentes de importancia: alérgicos negados, quirúrgicos negados, crónico degenerativos diabetes mellitus de 15 años de diagnóstico en tratamiento con metformina, glibenclamida e insulina 3 UI. PA: paciente referido de consulta externa de Angiología quien sugiere valoración por Cirugía General y/u Ortopedia por proceso séptico. Al momento refiere dolor de intensidad 8/10 EVA de tipo punzante. Paciente con uso de muletas de apoyo, alerta, consciente, orientado,

con adecuada coloración y estado de hidratación de tegumentos, facies álgica, cráneo sin alteraciones, pupilas isocóricas, isométricas, normorreflécticas, cavidad oral con faringe sin alteraciones, cuello sin masas ni megalias palpables, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin agregados. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades sin alteraciones, no datos de deterioro neurovascular, pulsos presentes y llenado capilar inmediato, ROTs ++, fuerza 5/5. Pie izquierdo con aumento de volumen, aumento de temperatura de predominio sobre ortejos, secreción fétida, hipersensibilidad, llenado capilar 3 segundos. Indicaciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su clínica de adscripción: se realiza curación de pie izquierdo, posteriormente se coloca vendaje de Jones, se indica a paciente retirarlo el día de mañana. De igual forma se dan indicaciones de cuidado de pie con heridas. **Colocar en 1 bandeja 1 litro de vinagre, medio litro de cloro y medio litro de agua, colocar el pie en esa bandeja 15 minutos 2 veces al día. Pentoxifilina tabletas 400 mg tomar 1 cada 24 horas por 10 días. Ciprofloxacino tabletas 500 mg tomar 1 cada 12 horas por 10 días. Clindamicina tabletas 300 mg tomar 1 cada 12 horas por 10 días. Cita el próximo martes a las 9 am en Urgencias.**”

Nota de Urgencias, 07 de marzo de 2017, 14:00 horas: Evolución lenta, actualmente Wagner III antes IV. Se mantiene con antibióticoterapia, (ilegible) médica x 7 días. No se señalaron los signos vitales.

Nota de Urgencias, 14 de marzo de 2017, 10:40 horas: Evolución estacionaria en relación a su pie, hay disminución del edema en forma importante, con menor gasto seropurulento, pero presencia de una **lesión nueva en el 3er ortejo. Hay áreas de necrosis en primer ortejo.**

21 de marzo de 2017, 11:55 horas, Hoja de Atención en Urgencias, Evaluación de Triage: Tipo de urgencia: atención médica, arribo por propios medios, aspecto

tranquilo. No se registraron signos vitales, pulso regular, no se registró glicemia, saturación, ni clasificación. Se omitió el registro de signos vitales y glucemia. "Paciente con uso de muletas de apoyo, alerta consciente, orientado en sus 4 esferas, adecuada coloración y estado de hidratación de tegumentos, facies álgica, cráneo sin alteraciones, pupilas isocóricas, isométricas, normorreflécticas, cavidad oral con faringe sin alteraciones, cuello sin masas palpables, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, abdomen blando globoso a expensas de panículo adiposo, sin datos de irritación peritoneal, presenta necrobiosis de pie izquierdo con presencia de secreción purulenta fétida, con aumento de volumen, aumento de temperatura, hipersensibilidad, resto de extremidades íntegras, pulsos presentes, llenado capilar inmediato. Se realiza curación de pie izquierdo. Diagnósticos: necrobiosis de pie izquierdo", Wagner IV. Plan terapéutico: **ceftriaxona 2 gr solución inyectable IV (intravenosa) cada 12 horas, metronidazol 500 gr (sic) solución inyectable IV cada 8 horas, amikacina 500 gr (sic) solución inyectable IV cada 12 horas.** Se solicitó biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, TP-TPT, radiografía de tórax y radiografía AP y oblicua de pie izquierdo.

Indicaciones médicas 16:00 horas: Ayuno, solución fisiológica 1,000 ml IV para 12 horas, alternar con solución mixta 1,000 ml IV para 12 horas. Ceftriaxona 2 gr IV cada 12 horas, metronidazol 500 (sic) IV cada 8 horas, amikacina 500 gr (sic) IV cada 12 horas, se solicitaron exámenes de laboratorio, radiografías AP y oblicua de pie izquierdo, interconsulta a Cirugía General y a Traumatología y Ortopedia.

17:34 horas, nota de evolución e ingreso al servicio de Medicina Interna, suscrita por el médico del servicio de Urgencias: Necrobiosis diabética en pie izquierdo Wagner IV, con presencia de secreción purulenta, fétida, aumento de volumen, aumento de temperatura, hipersensibilidad. En su estancia intrahospitalaria se

toman preoperatorios, Rx de tórax, AP y oblicua de pie izquierdo. Plan: sube a piso a cargo del servicio de Medicina Interna para seguimiento.

21 de marzo de 2017, sin hora, nota de valoración de Cirugía General: Enterados del caso, enviado por Angiología. Pie del diabético Wagner IV sin valoración por Medicina Interna, ni nota de ingreso. Requiere valoración previa por T y O (Traumatología y Ortopedia). **Requiere valoración por Angiología con Doppler y para plan de tratamiento.** Plan: Alta de Cirugía General, En caso de ameritar amputación supracondílea solicitar nueva interconsulta.



21/03/17

Radiografía de tórax:

Tejidos blandos y óseos sin alteraciones, tráquea central, parénquima pulmonar sin infiltrados, ni consolidaciones, mediastino en forma y situación habitual, ángulos cardiofrénicos y costodiafrágicos libres.



21/03/17. Radiografía dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo, se observa a nivel de la falange distal de primer rayo destrucción ósea y presencia de gas, infiltrado radio-opaco difuso multifragmentaria con involucro de falange proximal y cambios en la densidad ósea, presencia de calcificación vascular lateral.

Asimismo, imagen radio-lúcida a nivel del dorso de la articulación metatarsofalángica del quinto orjejo circunscrita con infiltración de imágenes radio-opacas múltiples y que involucran la articulación metatarsofalángica del cuarto dedo.

23:00 horas, Medicina Interna, nota de ingreso y evolución nocturna: Presión arterial 140/80, pulso 80, respiración 20, temperatura 36.5° C. "Paciente 60 años de edad (sic) cursando su primer día de estancia intrahospitalaria con los siguientes diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV. DM2. Referido de consulta externa de Angiología, quien sugiere valoración por Cirugía General y/u Ortopedia por proceso séptico. A la exploración, alerta, consciente, orientado, cooperador. Normocéfalo sin endo ni exostosis, con adecuado estado de hidratación de piel y tegumentos. Pupilas isocóricas, normorreflécticas. Cuello cilíndrico, sin megalias palpables, con

pulsos presentes, sin datos de ingurgitación yugular, tráquea central y móvil. Tórax normolíneo con amplexión y amplexación presentes, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire. Ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono e intensidad sin agregados. Abdomen blando, depresible, timpánico a la percusión, sin datos de líquido libre en cavidad, no doloroso a la palpación, normoperistalsis, sin datos de irritación peritoneal y sin masas palpables. Extremidad inferior izquierda con aumento de volumen, aumento de temperatura de predominio sobre 1er y 2do orfejos, presencia de secreción fétida, así como hipersensibilidad, llenado capilar de 3 segundos.” Leucocitos 8,200, Hb 12.9, Hto 37.3, plaquetas 326,000, Na 138.8, K 4, Cl 101.6, glucosa 111.3, urea 18.5, creatinina 0.61, TP 12.7, TPT 33, INR 1.05. Paciente que es ingresado a fin de control metabólico y, primordialmente, posible resolución quirúrgica a proceso séptico en extremidad inferior izquierda. Se solicita USG Doppler de la extremidad afectada, así como valoración por los servicios de Cirugía General y Ortopedia. Se reporta delicado, con pronóstico reservado a evolución. Se informa a la familiar.

22 de marzo de 2017, 11:00 horas, nota de evolución: *se reiteró que era un paciente de 60 años (sic), se encontraba asintomático, los diagnósticos y exploración física exactamente igual a la nota de ingreso. Se reportaron paraclínicos con leucocitos de 6,000, plaquetas 280,000, glucosa 155.8. **Se solicita USG Doppler de miembro pélvico afectado para valoración de compromiso neurovascular. Se realiza toma de cultivo para normar conducta.***

15:00 horas: Se reiteró que era un paciente de 60 años, refería dolor de moderada intensidad localizado en miembro pélvico izquierdo y se mantenía afebril. A la exploración física se señaló “necrobiosis diabética Wagner IV 1er orfejo MPI, resto de extremidades íntegras, eutróficas, funcionales, ROTs +++. Fuerza y tono 5+. Resto sin datos patológicos.

18:00 horas: Tensión arterial 100/70, pulso 69, respiración 17, temperatura 36.4. **“Se continúa en espera de realización de USG Doppler de miembro pélvico afectado para valoración de compromiso neurovascular”**. Se tomó cultivo.

23:00 horas, Medicina Interna: se reportaron mismos signos vitales, la edad, diagnósticos y exploración física con copia textual de la nota de ingreso, **continuaban en espera de realización de USG Doppler**. Se agregó: se observa en placa fractura de primer orjejo de miembro pélvico, se modifica esquema de antibiótico por lesión ósea.

Indicaciones sin hora, se suspendió ceftriaxona y amikacina, se dejó **metronidazol** y se agregó **ciprofloxacino 750 mg IV cada 12 horas**, tramadol 100 mg en 100 ml de solución salina 0.9% 4 ml por hora y **curación por MIP** (médico interno de pregrado) de Cirugía General cada 24 horas.

23 de marzo de 2017, 15:00 horas, Medicina Interna: Tensión arterial 110/80, pulso 75, respiraciones 18, temperatura 36° C. con dolor de moderada intensidad localizado en MPI, uresis y evacuaciones presentes, afebril; la edad, diagnósticos y exploración física de miembro pélvico izquierdo copia textual de la nota de ingreso. Plan: vigilancia médica.

11:30 horas, formato de valoración preoperatoria, Medicina Interna: Factores de riesgo quirúrgico **hipertensión arterial**, diabetes mellitus, **tabaquismo e insuficiencia venosa**. Exámenes de laboratorio: Hb 12.6, leucocitos 6,000, plaquetas 280,000, glucosa 155, creatinina 0.5, urea 14.8, TP 12.6, TPT 33.6, INR 1.0, grupo O Rh +. Calificó como ASA II, Goldman I, Detsky 1, NYHA 0. Se recomendó continuar con esquema de insulina de acción rápida.

14:00 horas, indicaciones: Se cambió ciprofloxacino por levofloxacino 750 miligramos solución intravenosa cada 24 horas. Firma MIP (médico interno de pregrado).

20:00 horas, Medicina Interna: ya se cuenta con valoración preoperatoria, en espera de tiempo quirúrgico por parte del servicio de Trauma y Ortopedia. Resto de la nota copia textual de la nota de ingreso.

24 de marzo de 2017, 11:00 horas, nota de Medicina Interna: Asintomático, la edad, diagnósticos y exploración física son copia textual de la nota de ingreso. Se agregó: en espera de tiempo quirúrgico a la brevedad. Laboratorios: leucocitos 7,900, Hb 12.5, Hto 35.9, plaquetas 310,000, Na 138, K 5.0, Cl 102.4, glucosa 129.2, urea 22.1, creatinina 0.82.

12:00 horas, nota de Traumatología y Ortopedia: Presión arterial 110/80, pulso 75, respiraciones 18, temperatura 36° C. "Masculino de 60 años (sic), con diagnóstico: necrobiosis diabética Wagner IV 1er orjejo MPI. DM2 descontrolada. Se refiere con dolor de moderada intensidad localizado en MPI, uresis y evacuaciones presentes, afebril. Paciente consciente, activo, reactivo, orientado en sus cuatro esferas, adecuada coloración e hidratación de mucosas y tegumentos. Normocéfalo. Cuello cilíndrico. Tórax con adecuado patrón respiratorio, ruidos cardiacos con adecuado tono, ritmo, frecuencia e intensidad. Abdomen blando, depresible, normoperistaltismo, sin datos de irritación peritoneal. Genitales acorde a edad y sexo. Necrobiosis diabética Wagner IV 1er orjejo MPI. Resto de extremidades íntegras, eutróficas, funcionales, ROTS ++++. Fuerza y tono 5+. Resto sin datos patológicos. Impresión y plan: **vigilancia médica**, familiares informados, pronóstico reservado a evolución. **Continúa en vigilancia médica.**

18:00 horas, Medicina Interna: TA 110/70, pulso 74, respiración 19, temperatura 36.5° C, asintomático, la edad, diagnósticos y exploración física son copia textual de la nota de ingreso. Se agregó: **"el reevalorado por el servicio de Traumatología y Ortopedia, quienes comentan como tiempo quirúrgico el día de mañana, continuamos al pendiente"**.

20:21 horas: Cultivo de secreción de herida con desarrollo de **Staphylococcus aureus, sensible a: ciprofloxacino, cefalotina, oxacilina, tetraciclina, Trimetoprim con sulfametoxazol y fosfomicina.** Resistente a clindamicina, nitrofuranos, eritromicina, gentamicina, vancomicina y penicilina.

Se indicó ayuno a las 22 horas.

25 de marzo de 2017, 10:00 horas, Traumatología y Ortopedia: Copia textual de la nota de valoración del 24 de marzo.

Indicaciones, 12:49 horas: Ayuno y posteriormente dieta para diabético (sin especificar hora) solución fisiológica 1,000 mililitros IV para 24 horas, levofloxacino 750 miligramos solución intravenosa cada 24 horas. Metronidazol 500 miligramo IV cada 8 horas, omeprazol 40 miligramos IV cada 24 horas, paracetamol 500 mg IV cada 8 horas, tramadol 100 miligramos en 1000 mililitros de solución salina en infusión a 4 mililitros por hora IV cada 24 horas, esquema de insulina de acción rápida, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, barandales en alto, posición semifowler, curación diaria realizada por MIP de Cirugía General, glucometría capilar cada 8 horas preprandial y reportar si es mayor de 180 mg/dL o menor a 80 mg/dL, reportar eventualidades.

23:00 horas, nota de Jornada Acumulada del Servicio de Medicina Interna: paciente cursando su quinto día de estancia intrahospitalaria con los siguientes diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV, DM2. Paciente que refiere dolor pulsátil y ardoroso en pie izquierdo. A la exploración física destaca: extremidad inferior izquierda con aumento de volumen, aumento de temperatura de predominio sobre 1er y 2do orjejos, así como secreción fétida interdigital, así como hipersensibilidad, llenado capilar 3 segundos. Se encuentra en manejo con opioide débil en infusión. Orientado, no datos de delirium. Hemodinámicamente estable, adecuada mecánica pulmonar. Se reinicia nutrición enteral y tromboprolifaxis (sic), en espera de tiempo quirúrgico para realizar tratamiento definitivo por parte del servicio de TyO.

Continúa manejo antibiótico para cubrir microorganismos Gram positivos, negativos y anaerobios. Se reporta paciente delicado, no exento de complicaciones asociadas a patología de base. Se continúa manejo guiado por GPC (guía de práctica clínica). Se reporta delicado, con pronóstico reservado a evolución. Se informa a familiar.

Sin hora, se suspendió ayuno y se indicó dieta para diabético, no se hicieron otras modificaciones a las indicaciones médicas.

26 de marzo de 2017, 10:00 horas, Jornada Acumulada de Medicina Interna:

TA 100/70, pulso 69, respiración 17, temperatura 36.4°C, diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV, DM2 controlada. Se refiere asintomático. La exploración física sin cambios respecto de nota previa. Laboratorios: TP 14.4, TPT 35.6, INR 1.19, leucocitos 6,100, Hb 12.2, Hto 34.7, plaquetas 321,000, Na 142.2, K 4.37, Cl 105, glucosa 118, urea 18.5, creatinina 0.6. Mismo análisis que en la nota previa.

La nota de Traumatología y Ortopedia del 26 de marzo a las 10:00 horas es copia textual de la del 24 de marzo.

*Sin cambios en las indicaciones médicas de las 10:20 horas, sin embargo a las 16:30 horas, el médico interno de pregrado suspendió el levofloxacino e **indicó ciprofloxacino 400 mg solución intravenosa cada 12 horas**, y a las 19:00 horas, indicó solución glucosada al 50% pasar 25 ml dosis única.*

27 de marzo de 2017, 10:00 horas, nota de Medicina Interna:

diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV, DM2 controlada. Copia textual de la exploración física del día 26 de marzo. Laboratorios: Leucocitos 6.4, hemoglobina 12.4, hematocrito 34.4, plaquetas 321 mil, sodio 141, potasio 3.7, cloro 106. Se reportó en espera de tiempo quirúrgico, con fecha tentativa jueves 30 de marzo de 2017 a las 08:00 horas.

Traumatología y Ortopedia, 10:00 horas: copia textual de la nota de valoración del 24 de marzo.

27 de marzo de 2017 (sin registro de hora), **formato de sugerencias y/o quejas:** Motivo. **Falta de atención en pie diabético para amputación de pie izquierdo.** Descripción: El día martes 21 de marzo de 2017 reingresé a este hospital por pie diabético en la modalidad de pie de Wagner III/IV (sic), por lo cual me iban a amputar mi extremidad de pie izquierdo (sic), dándome como fecha tentativa el sábado 25 de marzo y desde el viernes me dejaron en ayuno y no tuve visita de ningún médico tratante en este día para decirme el motivo del por qué no me intervinieron ese día, me trajeron alimentos hasta el sábado en la tarde. El domingo, el médico de guardia no me comentó ni hizo ninguna observación. **Desde el día que me internaron no me han realizado curación alguna y las enfermeras (os) comentan que no hay ninguna orden de realizar ese trabajo. Los ortopedistas han hecho caso omiso a esto porque no han aparecido por la habitación ni para los buenos días.** El doctor de Medicina Interna muy amablemente se ha preocupado por la falta de atención en mi salud. Me preocupa mi salud porque cada día veo que esto avanza cada vez más rápido y necesito una solución. Nombre y firma de paciente, nombre y firma de familiar responsable.

28 de marzo de 2017, 11:00 horas, Medicina Interna: paciente de 49 años de edad cursando su sexto día de estancia intrahospitalaria con diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV, DM2 controlada. A la exploración física: Extremidad inferior izquierda con aumento de volumen de predominio en primer orjejo, acompañado de aumento de temperatura y descamación, así como secreción fétida interdigital, llenado capilar de 3 segundos. Laboratorios: leucocitos 5.2, hemoglobina 12, hematocrito 34, plaquetas 304 mil, sodio 143, potasio 4.5, cloro 108, glucosa 139.2, urea 22.2, creatinina 0.55. Se informa por parte de Trauma y Ortopedia contar con fecha

programada para tratamiento quirúrgico definitivo y continuar con impregnación antibiótica.

La nota de evolución de Traumatología y Ortopedia a las 10:00 horas, es copia textual de la nota de valoración del día previo.

29 de marzo de 2017, no obra en el expediente nota de evolución de Medicina Interna, en los turnos matutino, vespertino o nocturno.

Nota de evolución de Traumatología y Ortopedia, 10:00 horas: programado para 30.03.2017.

07:00 horas, transfundir plasma IV cada 12 horas, posteriormente se suspendió la indicación. Se suspendieron las curaciones diarias por MIP de cirugía general (sin hora, nombre, ni firma).

30 de marzo de 2017, 11:00 horas, Medicina Interna: TA 120/70, pulso 79, respiración 19, temperatura 36.4°C. Cursando su octavo día de estancia intrahospitalaria con los diagnósticos: necrobiosis diabética de pie izquierdo primer orjejo Wagner IV, DM2 controlada. Paciente se refiere asintomático. Sin cambios en la exploración física respecto a nota de 28 de marzo. Leucocitos 5.64, hemoglobina 12.5, hematocrito 37.5, plaquetas 319, Na 143, K 4.1, cloro 106.5, glucosa 182.4, urea 21.4, CT (creatinina) 0.63. Se informa por el servicio de trauma y ortopedia ingresa hoy a quirófano para tratamiento definitivo. Se encuentra paciente en ayuno. Continúa impregnación antibiótica. Plan: mismo manejo, hoy tiempo quirúrgico.

Nota de evolución de Traumatología y Ortopedia, 10:00 horas: Masculino de 60 años (sic), con los diagnósticos: necrobiosis diabética Wagner IV 1er orjejo, DM2. Copia textual de la exploración física de notas previas. Plan: Ingresa a quirófano para cirugía programada, mal pronóstico para la función de la extremidad.

Consentimiento bajo información de amputación, marzo de 2017 (sin especificar día), incompleto en sus requisitos. Información del procedimiento: **ablación transtibial izquierda**, consiste en amputación transtibial, beneficios: mejora de condiciones cutáneas y sistémicas, riesgos: sangrado, fractura, hemorragia, choque, muerte. Posibles consecuencias de no realizarse el procedimiento: necrobiosis, sepsis, choque, muerte. Riesgos personalizados: DMII (sic) descontrolada, ASA II. Otras alternativas: manejo conservador. Nombre y firma del paciente. Nombre y firma de familiar responsable. Nombre y firma de médico tratante. Nombre y firma de testigo.

Consentimiento bajo información para cirugía, marzo de 2017 (sin especificar día ni hora): Información del procedimiento: **ablación transtibial izquierda**, consiste en amputación transtibial, beneficios: mejoría tejidos blandos y condiciones sistémicas, riesgos: sangrado, hemorragia, infección, muerte. Posibles consecuencias de no realizarse el procedimiento: necrosis, sepsis, choque, muerte. Riesgos personalizados: ASA II, Goldman II. Otras alternativas: manejo conservador. Nombre y firma del paciente. Nombre y firma de familiar responsable. Nombre y firma de médico tratante. Nombre y firma de testigo.

Nota preoperatoria: TA 110/70, FC. 90, FR. 18, temp 36.5°C. Diagnóstico preoperatorio: necrobiosis diabética Wagner IV pierna izquierda. Plan quirúrgico: **ablación transtibial izquierda**. Tipo de intervención quirúrgica: limpia. Riesgo quirúrgico: ASA II, Goldman II. Cuidado y plan terapéutico preoperatorio: ayuno, preparar para quirófano y pasar al solicitar. Pronóstico: reservado.

Nota postoperatoria, 20:30 horas: TA 130/80, FC 68, FR 18, temp 36.1. Diagnóstico preoperatorio: necrobiosis diabética Wagner IV pierna izquierda. Operación realizada: **ablación transtibial izquierda**. Diagnóstico postoperatorio: mismo. Descripción de la técnica quirúrgica: Bajo bloqueo mixto, asepsia, antisepsia y colocación de campos estériles, se realiza acceso transtibial, se diseca por planos realizando miotomía, neurotomía y hemostasia en 4

compartimentos, se procede a retirar tejido óseo con gubia y sierra Gigli, se regularizan bordes con escofina, posterior a lo cual sale pieza de ablación a las 19:55 horas. Se procede a realizar miodesis y regularización y afrontamiento de muñón con Vicryl 1-0, tejido subcutáneo y Nylon 3-0 para piel dando por terminado procedimiento posterior a colocar material de curación. Sale paciente a recuperación. Hallazgos transoperatorios, incidentes y/o accidentes (eventos adversos): tejido no viable de por arriba del tobillo (sic), por lo cual se platica con paciente y familiar y se realiza ablación transtibial sin complicaciones. Pronóstico dependiente de control glucémico y cicatrización de tejidos. Cuantificación de sangrado 500 cc (centrímetros cúbicos). Estado postquirúrgico inmediato: estable, consciente. Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: prealta, cita 2 semanas consulta externa de ortopedia posterior al alta. Envío de pieza o biopsias quirúrgicas para examen macro y microscópico: pierna izquierda.

Medicina Interna, 23:00 horas, evolución nocturna: TA 110/70, pulso 83 lpm, respiración 18 rpm, temperatura 36.2°C, paciente se refiere con dolor intenso en área quirúrgica, por lo que se le administra analgesia. Exploración física (copia textual de nota matutina previa a procedimiento quirúrgico), el día de hoy ingresa a procedimiento quirúrgico radical, resultando sin eventualidades adversas, nos mantenemos al pendiente de la evolución postquirúrgica. Plan: mismo manejo, hoy tiempo quirúrgico (sic).

Indicaciones, 19:51 horas: Solución salina 0.9% 1000 cc para 24 horas, pregabalina 75 mg vía oral cada 24 horas, enoxaparina 60 mg SC cada 24 horas (iniciar el 31/03/17 a las 00:00 horas), metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, ciprofloxacino 400 mg IV cada 12 horas, omeprazol 40 mg IV cada 24 horas, clonixinato de lisina 100 mg IV cada 8 horas, tramadol 100 mg en 100 ml de solución salina en infusión a 4 ml/hora cada 24 horas, ketorolaco 30 mg IV DU (dosis única). Cuidados generales de enfermería, signos vitales por turno, vigilar

datos de sangrado y compromiso neurovascular muñón izquierdo, valoración por Medicina Interna y control metabólico definitivo previo a alta. Cita en dos semanas a Consulta Externa Dr. (Ortopedia) posterior a alta.

31 de marzo de 2017, Medicina Interna, 11:00 horas: *TA 110/70, pulso 83, respiración 18, temperatura 36.2°C. Jorge de 49 años, cursando su noveno día de estancia intrahospitalaria con los siguientes diagnósticos: PO amputación transtibial izquierda, DM2 controlada. Con dolor intenso en área quirúrgica, por lo que se administra analgesia. A la exploración física, destaca: extremidad inferior izquierda con ausencia de miembro pélvico izquierdo (sic), con herida quirúrgica de bordes limpios. No se cuenta con laboratorios debido a paciente poco cooperador, nos mantenemos al pendiente de evolución postquirúrgica, se administra buprenorfina por dolor intenso de área quirúrgica.*

Traumatología y Ortopedia, 10:00 horas: Masculino de 60 años (sic), con diagnósticos PO (postoperado) ablación transtibial MPI (miembro pélvico izquierdo), DM2. Se refiere con dolor de gran intensidad localizado en MPI. A la exploración física, destaca: MPI con presencia de material de curación, sin datos de sangrado y/o compromiso neurovascular, pulsos poplíteo y femoral presentes, llenado capilar de 2 segundos.

Medicina Interna, 23:00 horas: Paciente se refiere con dolor que cede a la administración de opiáceo pero que empeora posterior al término de su dosis máxima. Plan: mismo manejo.

Indicaciones, 19:00 horas: Tramadol 100 mg IV cada 8 horas y posteriormente se suspende, se indica buprenorfina 150 microgramos cada 12 horas y posteriormente 300 microgramos en 100 ml de solución salina 0.9% a 4 ml/hora. Se cambia paracetamol 1 gramo IV cada 8 horas. Continúa en cuidados generales y especiales curación diaria realizada por MIP de cirugía general (sic).

01 de abril de 2017, 23:00 horas, nota de Jornada Acumulada de Medicina Interna: TA 110/70, pulso 83, respiración 18, temperatura 36.2°C. Cursando su décimo día de estancia intrahospitalaria con los siguientes diagnósticos: PO amputación transtibial izquierda, DM2 controlada. Cursa con postoperatorio tardío secundario a amputación transtibial izquierda, manejo del dolor con buprenorfina en infusión, continúa con manejo de antibiótico para cubrir microorganismos Gram +, negativos y anaerobios. Exploración física copia textual del día anterior. Paciente se refiere con dolor que cede a la administración de opiáceo pero que empeora posterior al término de su dosis máxima. Plan: mismo manejo.

02 de abril de 2017: Nota de evolución y egreso del servicio de Traumatología y Ortopedia de las 14:00 horas, copia textual de la del 01 de abril. Indicaciones, 13:45 horas, se registró: solución Hartmann 500 mililitros IV cada 24 horas, omeprazol 40 mg IV cada 24 horas, paracetamol 500 miligramos IV cada 8 horas, ciprofloxacino 400 miligramos IV cada 12 horas, clonixinato de lisina 100 miligramos IV cada 8 horas (por razón necesaria), gabapentina 300 miligramos VO (vía oral) cada 24 horas (a las 22:00 horas), tramadol 100 miligramos IV DU, se indica tramadol 100 mg en 100 ml de solución salina a 4 ml por hora IV cada 24 horas, posteriormente se suspende y se indica: tramadol 50 mg IV cada 12 horas administrar lento y aforado en 30 ml de solución salina al 0.9%.

03 de abril de 2017, nota de alta hospitalaria Medicina Interna/Trauma y Ortopedia: Motivo de ingreso: Necrobiosis diabética primer orjejo de miembro pélvico izquierdo. Hallazgos relevantes físicos o de otra índole: Leu (leucocitos) 7.2, Hb (hemoglobina) 10.2, Hto (hematocrito) 29.7, Plt (sic) (plaquetas) 330 000, Na 142.3, K 3.81, Cl 105.7, glu (glucosa) 137.6, Ure (sic) (urea) 10, CT (sic) (corresponde a creatinina sérica) 0.46. Diagnósticos y morbilidades relevantes: DM2. Medicamentos aplicados en el proceso: antibioticoterapia, analgesia. Tratamientos relevantes: amputación transtibial izquierda. Estado del paciente

al momento del alta: A la exploración física: extremidad inferior izquierda con ausencia de miembro pélvico izquierdo (sic) secundario a amputación trastibial izquierda con herida quirúrgica de bordes limpios, sin salida de material purulento. Motivo de alta: mejoría. Tipo de transporte: medios propios. Medicamentos a tomar en domicilio: buprenorfina 20 miligramos parches, aplicar ¼ parche en región deltoidea y cambiar cada 72 horas, ciprofloxacino 500 miligramos VO cada 12 horas por 7 días, gabapentina 300 miligramos VO cada 24 horas, administrar a las 22:00 horas, paracetamol (dosis ilegible por fotocopiado) VO cada 8 horas en caso de dolor intenso. Instrucciones de seguimiento: tomar medicamentos en tiempo y forma. Recomendaciones de atención del enfermo a familiares y procedimientos especiales: Ilegibles por fotocopiado. Instrucciones de regreso al hospital o citas de control: Ilegibles por fotocopiado. Signos de alarma: Salida de material purulento por herida quirúrgica, cambios de coloración de piel, fiebre, pérdida de estado de consciencia, dolor intenso que no ceda al tratamiento. Nombre y firma de médico tratante. Firma de conformidad de familiar responsable.

III. ANÁLISIS DEL CASO.

A.) Derecho a la Protección de la Salud.- El objeto del arbitraje, es el de pronunciarse acerca del cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones inherentes a la prestación del servicio, en la atención de XXXXXXXX, brindada por el prestador demandado Hospital XXXXX. Es decir, si durante la misma, se actuó o no, con negligencia, impericia o dolo; determinar si por la atención que estima irregular la parte actora, el demandado se encuentra obligado a pagar una indemnización por el daño ocasionado; o bien, establecer si, por el contrario, se actuó correctamente en la atención brindada, por lo que debe ser absuelto de lo reclamado. Ello, al tenor de lo argumentado por la parte actora en su queja, al referir que **el tratamiento médico inadecuado e inoportuno derivó en la amputación de la pierna izquierda.**

En principio, es relevante señalar que el actor XXXXXX tiene el derecho fundamental a la debida protección a su salud³⁰, el cual tiene aplicación y eficacia directa, y de manera interdependiente e indivisible con su derecho a la vida, así como a la integridad física y moral e intimidad, mediante los servicios de salud médico-hospitalarios que son de orden público e interés social, de manera temprana, oportuna, de calidad y éticamente responsable, en este caso por parte del demandado.³¹

En esos términos, la atención médica hospitalaria, es la que se presta en todo establecimiento, público, social o privado, (cualquiera que sea su denominación), que tiene como finalidad la atención de enfermos que se ingresan para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; en igual sentido, la atención médica en consulta externa, es la que se presta, independiente o ligada a un servicio hospitalario, con el fin de prestar atención médica a pacientes ambulatorios (no hospitalizados), para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; esto es, ambos con el fin particular de proteger, promover y restaurar la salud, lo que se busca alcanzar mediante el cumplimiento de las obligaciones de medios o de seguridad, previstas por la lex artis médica para el caso concreto y conforme a las circunstancias de lugar, tiempo y modo en que se brinda la atención.

³⁰ Lo que es compatible con diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, vinculantes para el Estado mexicano, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

³¹ Al respecto se hace valer, el criterio sostenido en la Tesis visible en: Época: Décima Época. Registro: 2002501. Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1. Materia(s): Constitucional. Tesis: 1a. XXIII/2013 (10a.). Página: 626, que al rubro señala: **DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.**

De igual suerte, por mandato expreso de los artículos 28, 32, 33, 51 y demás relativos aplicables de la Ley General de Salud y 18, 19, fracciones I y II, 21 y 48 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Hospital XXXXXXXX está obligado a establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos que brinda, para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que ofrece en términos de ley, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables en una debida regularidad administrativa. Para lo cual debe, entre otras situaciones, otorgar servicios de atención médica idónea, de calidad, profesional y éticamente responsable.

Así, previamente al estudio de la controversia en cuestión, resulta de suma importancia, abordar los antecedentes, condiciones y características de la prestación del servicio otorgado al paciente XXXXXXXX por el hospital demandado.

*Con motivo del Contrato N° CPPA/LPN/002/17, otorgado durante el ejercicio fiscal de XXX, por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México al hoy demandado Hospital XXXXXX, **se le subrogó el servicio de proporcionar a los miembros de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, la prestación del servicio médico integral de segundo y tercer nivel que incluye consulta especializada para pacientes internos y externos, atención de urgencias hospitalarias, quirúrgicas, hospitalización, suministro de medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete necesarios a pacientes hospitalizados;** al amparo de lo cual, el C. XXXXXXXX, en su carácter de integrante de la citada Policía Auxiliar, recibió del demandado la atención médica que se controvierte en el presente asunto arbitral.*

*A mayor abundamiento, de conformidad con el Artículo 94, Capítulo XIII, De los Servicios Médicos, de las Reglas de Operación del Plan de Previsión Social de los Miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el veinticinco de octubre de dos mil uno, **los servicios médicos que reciban los elementos, pensionistas y***

familiares derechohabientes, serán prestados por la Caja, en forma directa o por medio de contratos y convenios que para tal efecto se establezcan para este fin de conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal y el Plan de Previsión de los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal.

Es relevante precisar, que el segundo párrafo del artículo señalado, establece que, en tales casos las empresas e instituciones que hubiesen suscrito esos convenios o contratos, estarán obligadas a responder directamente de los servicios.

Así, de acuerdo con lo establecido en el precepto citado y derivado de la Licitación Pública Nacional N° 30065001-002-17, la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, adjudicó el mencionado Contrato N° CPPA/LPN/002/17, al prestador del servicio Hospital XXXXX, conforme a las especificaciones, descripciones, alcances y particularidades señaladas en el Anexo Técnico N° 1, mismo que formó parte del instrumento contractual, respecto del cual será menester abundar en adelante.

B.) Carga probatoria.- *En el presente asunto, al demandado XXXXXX, le corresponde acreditar que durante la atención que brindó al paciente XXXXXX, se cumplieron las debidas obligaciones de diligencia y medios en la prestación integral de los servicios de atención, mediante la búsqueda de los diagnósticos y tratamientos oportunos, a fin de buscar asegurar la correcta atención de la paciente; conforme a las circunstancias de lugar, tiempo y modo de la atención.*

Máxime, los principios de facilidad y proximidad probatoria, con base en los cuales dichas instancias prestadoras de servicios deben satisfacer la carga de la prueba,

al ser quienes disponen de los medios de prueba, pueden producirla o aportarla al proceso a un menor costo para que pueda ser apreciada y valorada.³²

C.) Prestación exigida por el actor.- El pago de una indemnización por el daño ocasionado, pues considera que **“el tratamiento médico inadecuado e inoportuno derivó en la amputación de la pierna izquierda.”**

En esa inteligencia, es pertinente señalar que la responsabilidad civil emana de la premisa general establecida en el artículo 1910 del Código Civil Federal, que establece: “El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que se demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima”. Por su parte, el artículo 2110 del mismo ordenamiento jurídico, es meridianamente claro al señalar que los daños y perjuicios deben ser consecuencia directa y necesaria de la falta de cumplimiento de la obligación.

Luego entonces, ante dichos parámetros, es procedente determinar si existe o no, una fuente de obligación civil contractual, extracontractual o ambas, a cargo del Hospital demandado, en relación con los daños que le atribuye la parte actora, como consecuencia inmediata y directa de la prestación de los servicios de salud que se le otorgaron en el Hospital XXXXXX; desde luego buscando evitar perjuicio a las partes y observando la mayor equidad posible entre los interesados.

D.) Evidencia probatoria.- Aunado a lo expuesto exhaustivamente en los apartados que anteceden, las pruebas aportadas por las partes, consistentes en: **Del actor.-** 1. Formato de sugerencia y/o quejas del Hospital XXX, requisitado el

³² Lo anterior, conforme a lo dispuesto en: Época: Décima Época. Registro: 160353. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro IV, Enero de 2012, Tomo 5. Materia(s): Civil. Tesis: I.4o.C.330 C (9a.). Página: 4606, que cita: **RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. LA CARGA PROBATORIA DEL ACTOR PUEDE SATISFACERSE TAMBIÉN MEDIANTE INDICIOS OBTENIDOS A PARTIR DE LAS PRUEBAS APORTADAS POR EL DEMANDADO.**

XXX. 2. Hoja de referencias, Dirección de Servicios de Salud de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del D.F., paciente XXX. 3. Hoja para atención médica, Dirección General del Centro de Control de Confianza, fecha de referencia XXX. 4. Tres licencias médicas, folios 410475 y 417828, Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal. 5. Tres contrarreferencias, Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del D.F., paciente XXX, de fechas: XXX. 6. Dos notas de alta hospitalaria, Hospital XXX, paciente XXX, de fechas: XXX. 7. Formato Solicitud de Dietas Hospital XXX. 8. Copia del expediente clínico integrado a nombre del paciente XXX en el Hospital XXX. 9. En original Hoja de referencia y contrarreferencia de XXX, Servicio de Urgencias del Hospital XXX. 10. Nota de alta hospitalaria, fecha de egreso XXX, paciente XXX. 11. Hoja de referencia y contrarreferencia de XXX, Servicio de Urgencias del Hospital XXX. 12. En impresión a color, diecinueve hojas con imágenes fotográficas. 13. Instrumental de actuaciones. 14. Presuncional en su doble aspecto legal y humano. **Del demandado.**- 15. Expediente clínico integrado con motivo de la atención del paciente XXXX. 16. Instrumental de actuaciones. 17. Presuncional legal y humana. **Mejor proveer.**- 18. Dos placas que contienen imágenes de ultrasonido de fecha XXXX, paciente XXXX. 19. Solicitud e interpretación de estudio USG Doppler de extremidad pélvica izquierda. 20. Cuarenta y dos hojas de estudios de laboratorio realizados al paciente XXXX. 21. En copia, dos hojas estudios de antibiograma, de fechas XXXXX, paciente XXXX. 22. Cinco placas radiográficas. 23. Copia del estudio USG Doppler de extremidad pélvica izquierda, de fecha XXXX, paciente XXXX. 24. En treinta y cinco fojas, copia del Contrato N° CPPA/LPN/002/17, suscrito por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México y el Sanatorio y Servicios Médicos Obregón, S.A. de C.V., obtenido de la página electrónica: http://data.caprepa.cdmx.gob.mx/transparenciaNueva/121/fraccion_30/2017/actual/2017/CONTRATOS/CPA-AD-002-17_1.PDF; adminiculadas entre sí y valoradas de conformidad con lo dispuesto en los artículos 278, 281, 284, 285, 286, 289, 334, 335, 379, 380 y 402 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal

(hoy Ciudad de México), conforme a las reglas de la lógica y la experiencia, son suficientes para crear convicción en esta Comisión Nacional, por lo que, es de considerarse lo siguiente:

E.) Valoración del Acto Médico (existencia o no de mala práctica).

La prestación del servicio de salud se brindó a paciente de XX años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, en tratamiento con hipoglucemiantes orales e insulina, con antecedente de pie diabético en tratamiento a base de medicamentos durante 2 meses.

Así lo acreditó la documental privada aportada por el demandado, consistente en 15. Expediente clínico integrado con motivo de la atención del paciente XXXXX.

La literatura de la especialidad refiere que las complicaciones de la diabetes mellitus no son raras, se clasifican en complicaciones micro y macrovasculares. En el primer grupo se encuentran la retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas; en esta última, la hiperglucemia persistente puede generar isquemia nerviosa dando como resultados la pérdida periférica del sentido del tacto, propiocepción, temperatura y vibración (polineuropatía diabética) dejando los pies vulnerables a traumas que pueden causar más adelante ulceraciones e infecciones, fracturas, dislocaciones y deformidades de los huesos de los pies (pie de Charcot).³³

El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes mellitus que se presenta en pacientes con cinco años de evolución en promedio de esta enfermedad.³⁴ Las úlceras que pueden generarse, son heridas crónicas y complejas que tienen un

³³ Biehler-Gómez L, Castoldi E, Baldini E, et al. Diabetic bone lesions: a study on 38 known modern skeletons and the implications for forensic scenarios. *Int J Legal Med.* 2018.

³⁴ Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. México. Secretaría de Salud; 3 de octubre de 2013.

impacto significativo a largo plazo en la morbimortalidad y calidad de vida de los pacientes.³⁵

Según la edad, género y etnia, la prevalencia del pie diabético oscila entre 2.4 y 5.6%, la incidencia de ulceraciones en los pies de estos pacientes puede alcanzar 15%. Hasta el 85% de quienes sufren amputaciones secundarias a pie diabético han padecido con anterioridad la aparición de una úlcera diabética.

Dentro de los factores generales y locales que incrementan el riesgo de desarrollar pie diabético se encuentran:

- *Factores generales: mal control glucémico (hiperglucemia persistente o hemoglobina glucosilada >7%), tabaquismo, sedentarismo, tiempo de evolución de la diabetes >5 años, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, ceguera o pérdida visual, enfermedad renal crónica, edad >40 años.*
- *Factores locales: deformidad estructural del pie, trauma y uso de zapatos inapropiados, hiperqueratoris (callosidades), historia previa de ulceración o amputación, presión prolongada del pie, movilidad articular limitada.^{36 37}*

Las úlceras de pie diabético, son en el mayor número de los casos, causadas por la combinación de los factores de riesgo mencionados, asociadas con las complicaciones crónicas de la diabetes. La hiperglucemia sostenida conlleva a la patología microvascular, involucrando pequeños vasos sanguíneos así como el mal funcionamiento nervioso, causando así daño progresivo a nivel neuropático e isquémico.

³⁵ *International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. Wounds International, 2013. Disponible en: www.woundsinternational.com*

³⁶ *Del Castillo R, Fernández J, Del Castillo F. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos de Medicina. 2014; 10(2:1): 1-17*

³⁷ *Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2012.*

La manifestación más común es la neuropatía simétrica que resulta de la muerte axonal en los nervios más largos; afectando principalmente al pie, los síntomas incluyen desde insensibilidad hasta dolor, sensación ardorosa, desgaste muscular o deformidad del pie.

*El manejo de las úlceras de pie diabético **debe mantener un enfoque multidisciplinario, oportuno y eficaz**, con el fin de reducir potencialmente la morbilidad relacionada con las infecciones; por lo que es de gran importancia unificar criterios con el fin de identificar y tratar oportunamente los problemas y complicaciones del pie diabético por el área especializada que incluya cirugía, cirugía vascular, traumatología, rehabilitación, endocrinología y medicina interna. Para ello es de suma importancia realizar una evaluación integral del paciente con úlcera de pie diabético, con una historia clínica completa, exploración física, estudios de laboratorio y de imagen complementarios, tiempo de evolución, signos y síntomas locales como sistémicos, tratamiento previo y actual, dependencia a la insulina y apego al tratamiento, complicaciones previas y comorbilidades (enfermedad renal, hepática, cardiovascular, neuropatía, retinopatía).³⁸*

El diagnóstico y tratamiento con éxito de pacientes con úlceras de pie diabético conlleva un enfoque holístico que consiste en control óptimo de la diabetes, cuidado local eficaz de las heridas, control de las infecciones, estrategias para aliviar la presión, restauración del flujo sanguíneo pulsátil.³

En su queja, el C. XXXXXX manifestó pertenecer a la Policía Auxiliar, por lo cual recibe tratamiento a través de la Dirección de Servicios de Salud de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del D.F. (CAPREPA), y el Hospital XXX. En el

³⁸ Hobizal K, Wukich D. Diabetic foot infections: current concept review. *Diabetic Foot & Ankle.* 2012; 3:18409

desarrollo de sus labores el 7 de febrero de 2017, cayó en una coladera, lo que le provoca lesiones en ambos pies donde ya tenía unas úlceras por cursar con padecimiento de diabetes mellitus, por lo que acudió al Hospital Obregón para revisión al día siguiente, donde le dijeron que estaba bien le dieron de alta, el pie derecho sano, pero no el pie izquierdo, por lo que al acudir a laborar el 13 de febrero del mismo año, notó el pie muy inflamado, con coloración morada y sus dedos blancos, **por ello el 14 de febrero acudió al Hospital Obregón, le realizan una curación y colocan vendaje de Jones, indicando curaciones con medio litro de cloro, vinagre y agua, sin embargo la evolución es mala, inflamándose mi pie, más acompañado de olor fétido.**

Al respecto, consta en el expediente clínico del demandado que el **14 de febrero de 2017**, el paciente acudió al servicio de Urgencias del Hospital XXX por dolor en úlcera en el primer dedo de pie izquierdo. En la nota de evaluación de Triage no se clasificó la prioridad, lo cual contraviene lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 De la Regulación de los Servicios de Salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, en su numeral 6.2.1 donde se determina las necesidades de atención de los pacientes, con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas.

Durante la valoración médica del paciente en Urgencias, se registró que cursaba con febrícula, tendencia a la taquicardia y leucocitosis, datos compatibles con respuesta inflamatoria sistémica, la cual se caracteriza por dos o más de los siguientes signos: temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardíaca >90 latidos/minuto, frecuencia respiratoria >20 respiraciones/minuto o pCO_2 (presión arterial de dióxido de carbono) <32 mmHg, leucocitos $>12,000/\text{mm}^3$ o $<4,000/\text{mm}^3$

o >10% de formas inmaduras, la presencia de respuesta inflamatoria sistémica aunque inespecífica, sigue contribuyendo al diagnóstico general de infección.³⁹

La diabetes mellitus también se asocia con alteraciones inmunológicas, especialmente la reducción de la función de los leucocitos polimorfonucleares y la inmunidad humoral mediada por células. Es por ello que hasta en la mitad de los casos, los pacientes no presentan elevaciones de la temperatura corporal, del recuento leucocitario, ni de la velocidad de sedimentación globular, a menudo, el descontrol glucémico es la única evidencia de una infección grave.⁴⁰

El diagnóstico del pie diabético es clínico, la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención recomienda que la evaluación debe incluir una revisión sistemática y detallada que incluya:

➤ *Exploración física:*

- *Aspecto de la piel: hiperqueratosis, deformidades, fisuras, grietas, maceraciones, eccema.*
- *Edema: localización, bilateralidad.*
- *Onicopatías.*
- *Trastorno de la alineación de los dedos (hallux valgus, varus, garra o martillo).*
- *Trastornos estructurales: pie cavo, plano, prono, supino.*
- *Temperatura: asimetría de la temperatura plantar.*

³⁹ Singer M, Deutschman C, Warren C, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315(8): 801-810

⁴⁰ Lipsky B, Berendt A, Cornia P, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. CID 2012:54.

- *Exploración neurológica: Búsqueda de disestesias, parestesias, debilidad muscular, limitaciones en la movilidad articular.*
- *Test de monofilamento de Semms-Weinstein: Sirve para la detección de neuropatía sensitiva, tiene una sensibilidad del 95% al 100% y especificidad del 80%.*
- *Exploración vascular: presencia o ausencia de pulsos tibiales, poplíteo y femoral. Soplos en la arteria femoral común y en la aorta abdominal. Temperatura y coloración de la cara dorsal y plantar de los pies, cianosis, palidez. Intervalo de llenado capilar y venoso.*

En ese sentido, valorada la atención contenida en las notas médicas del día 14 de febrero de 2017, se acredita que la exploración física realizada al paciente Ruiz Aranda fue insuficiente, pues se limitó a reportar “en miembro inferior izq. en el primer dedo se aprecia aumentado de volumen, indurado y con cambios de coloración y en la cara plantar se aprecia una herida de aprox. tres por un cm con natas de fibrina, sin olor”; no se señalaron las características del cambio de coloración, se omitió identificar la presencia de hiperqueratosis y deformidades o trastorno de alineación o estructurales de los dedos y del pie mismo, no se refirió si existían datos de onicopatía, menos aún si los cambios descritos se acompañaban de alteraciones de la temperatura local; tampoco se reportó la exploración neurológica y vascular de la extremidad.

*Se señaló que el paciente presentó aumento de volumen, induración y cambios de coloración en primer dedo; es decir **signos clínicos de inflamación**, lo que aunado a la **respuesta inflamatoria sistémica, indicaba infección de úlcera de pie diabético con toxicidad sistémica.***

Las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) refieren que ante la presencia de secreción purulenta o dos o más síntomas clásicos o signos de inflamación (eritema, calor, sensibilidad, dolor, induración) se establece el

diagnóstico de infección de úlcera de pie diabético^{5,6,8} lo que amerita tratamiento con antibióticoterapia empírica basada en los datos clínicos y epidemiológicos disponibles, mientras que la terapia dirigida, deberá basarse en los cultivos del tejido infectado.

Determinada la existencia de infección, se debe clasificar la gravedad de la misma en función de su extensión y profundidad, así como la presencia de cualquier hallazgo de toxicidad sistémica.

Se debe seleccionar y emplear rutinariamente un sistema validado de clasificación de infecciones, para así definir la severidad de los casos⁸, orientar a los clínicos hacia el tratamiento adecuado y proporcionar un pronóstico de cada caso.

El sistema de clasificación más comúnmente aceptado es la clasificación de Meggitt-Wagner, basado en la profundidad, presencia y localización de la infección de la herida. La clasificación consiste en seis grados (Del 0 al 5), basado en la profundidad de lesión dentro de los tejidos blandos.⁴¹

Clasificación de Meggitt-Wagner:

Grado	Lesión
--------------	---------------

- | | |
|----------|---|
| 0 | <i>Pie clínicamente normal, pero al que un grado variable de neuropatía y presencia de deformidades óseas lo sitúan como pie de riesgo.</i> |
| 1 | <i>Existencia de úlcera superficial, que no afecta el tejido celular subcutáneo. Celulitis superficial.</i> |
| 2 | <i>Úlcera profunda no complicada, que afecta al tendón, hueso o cápsula pero con ausencia de osteomielitis.</i> |

⁴¹ Roldán A, Ibáñez P, Alba C, et al. Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH). 2017

- 3 Úlcera profunda, complicada con manifestaciones infecciosas, osteomielitis, absceso.
- 4 Gangrena necrotizante limitada (digital, antepié, talón)
- 5 Gangrena extensa.

Otros sistemas validados de clasificación de heridas de pie diabético es la clasificación de PEDIS (acrónimo: perfusión, extensión, profundidad, infección, sensibilidad) e IDSA, ésta última incluso ha sido validada prospectivamente como **predicción de la necesidad de hospitalización: 0% para heridas no infectadas, 4% para infección leve, 52% para infección moderada, 89% para infección severa, y para predicción del riesgo de amputación: 3% para herida no infectada, 3% para infección leve, 46% para infección moderada y 70% para infección severa.**⁸ **Pronóstico que es susceptible de modificación en función del tratamiento correcto y oportuno.**³

Clasificación PEDIS e IDSA:

Manifestaciones clínicas de infección	Grado PEDIS	Severidad de infección IDSA
Sin signos o síntomas de infección	1	No infectado
Infección local* que involucra únicamente la piel y el tejido celular subcutáneo (sin afectar tejidos más profundos o signos sistémicos). Eritema <0.5 a <2 cm alrededor de la úlcera (excluir otras causas de respuesta inflamatoria de la piel como: trauma, gota, fractura, trombosis, estasis venosa, neuro-osteopatía)	2	Infección leve

<p><i>Infeción local* con eritema >2 cm, que involucra tejidos más profundos que la piel y tejido celular subcutáneo, por ejemplo: absceso, osteomielitis, artritis séptica, fascitis y sin presencia de respuesta inflamatoria sistémica.</i></p>	3	<i>Moderada</i>
<p><i>Infeción local* con signos de respuesta inflamatoria sistémica. **</i></p>	4	<i>Grave</i>

**Infeción local → presencia de 2 o más de los siguientes signos: induración, eritema, dolor o hipersensibilidad, calor, descarga purulenta.*

***Respuesta inflamatoria sistémica → manifestado por 2 o más de los siguientes: temperatura >38 o <36°C, frecuencia cardíaca >90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto o paCO₂ <32 mmHg, recuento leucocitario >12 000 o <4 000 células/mcl o >10% de formas inmaduras (bandas).*

Más recientemente se creó la clasificación de San Elián, que más que una clasificación, es un sistema diagnóstico-terapéutico que permite evaluar la evolución de las úlceras y el impacto del tratamiento de acuerdo a la gravedad de la herida.

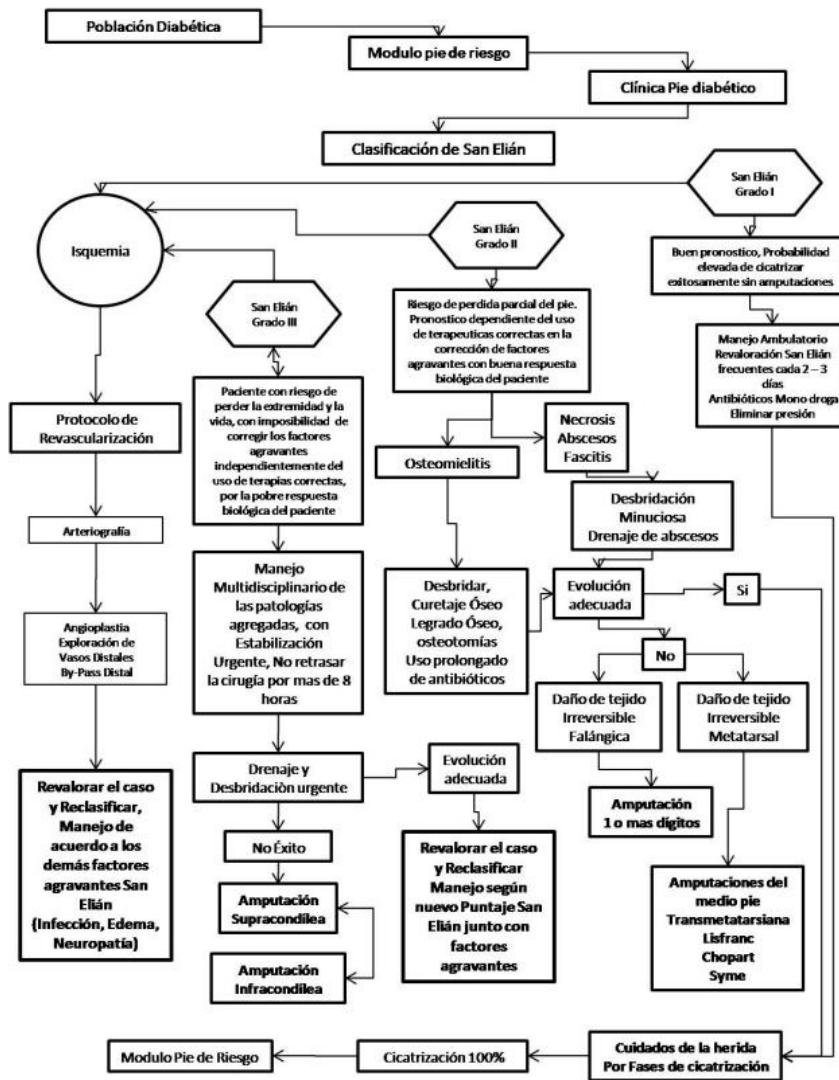
Clasificación de San Elián		
LISTA DE COTEJO DE GRAVEDAD DE 10 FACTORES		
ANATÓMICOS	AGRAVANTES	AFECCIÓN TISULAR
Localización Inicial	Isquemia	Profundidad
1.- Falángica/ digital 2.- Metatarsal 3.- Tarsal	0.- No 1.- Leve 2.- Moderada 3.- Grave	1.- Superficial 2.- Parcial 3.- Total
	Infección	
	0.- No 1.- Leve 2.- Moderada 3.- Grave	
Aspecto Topográfico	Edema	Área
1.- Dorsal 2.- Lateral 3.- Dos o más	0.- No 1.- Localizado a la zona 2.- Unilateral ascendente 3.- Bilateral secundario a enfermedad sistémica	1.- Pequeña < 10 2.- Mediana 10 - 40 3.- Grande > 40
# Zonas afectadas	Neuropatía	Fase de Cicatrización
1.- Una zona 2.- Dos zonas 3.- Todo el pie (heridas múltiples)	0.- No 1.- Leve / inicial 2.- Moderada/Avanzada 3.- Grave / Charcot	1.- Epitelización 2.- Granulación 3.- Inflamación

Fuente: Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en pie diabético.

Grado de Gravedad	Puntaje	Pronóstico
I Leve	< 10	Bueno para cicatrización exitosa y evitar amputación. (Éxito: 9/10)
II Moderado	11 a 20	Amenaza de pérdida parcial del pie. Pronóstico relacionado a una terapéutica correcta con buena respuesta biológica del paciente. (Éxito: 7/10)
III Grave	21 a 30	Amenaza la extremidad (amputación mayor) y la vida. Resultado independiente del uso de una terapéutica correcta por mala respuesta biológica. (Éxito: 3/10)

Fuente: Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en pie diabético.

Algoritmo por grados de gravedad.



Fuente: Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en pie diabético.

En el caso de mérito, el paciente se encontraba con una puntuación San Elián entre 16 y 18 puntos, **clasificándolo como grado II o moderado, en cuyo caso estaba**

indicada la desbridación minuciosa y drenaje, que puede evolucionar hasta la cicatrización del 100%.⁴²

Puntuación San Elián en el caso de mérito:

Factores anatómicos	Agravantes	Afección tisular
Localización inicial: falángica (1 punto)	Isquemia: Sin elementos suficientes (puntuación de 0 a 2 puntos)	Profundidad: parcial (2 puntos)
Aspecto topográfico: plantar (1 punto)	Infección: grave (3 puntos)	Área: pequeña, menor a 10 cm ² (1 punto)
Zonas afectadas: una zona (1 punto)	Edema: localizado a la zona (1 punto) Neuropatía: pie de Charcot (3 puntos)	Fase de cicatrización: Inflamación (3 puntos)

Puntuación total en el caso de mérito: 16 a 18 puntos.

*Para mejor proveer del juicio arbitral, esta Comisión Nacional se allegó de las pruebas fotográficas consistentes en: 22. Cinco placas radiográficas, exhibidas por la parte actora; en las cuales se identificó la radiografía dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo de fecha 14 de febrero de 2017; esto es, durante la valoración del paciente en el Hospital demandado se realizó una radiografía simple dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo, en la que se observó **presencia de gas** en tejidos blandos en la región lateral de la articulación metatarsfalángica del primer orjejo y datos de calcificación vascular.*

*La radiografía simple es de suma importancia para la evaluación inicial de la infección de tejidos blandos y valoración de las estructuras óseas. **El enfisema de***

⁴² Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en pie diabético. Asociación Mexicana de Cirugía General. A.C. México. 2014.

tejidos blandos representa una situación urgente y debe ser tratado de forma inmediata.

*El médico clínico debe asesorarse por un cirujano para la evaluación de pacientes con infección de pie diabético moderada o severa. **La guía de práctica clínica sobre el manejo integral del pie diabético en segundo nivel de atención, recomienda tratamiento quirúrgico urgente ante la presencia de gas en el tejido profundo, absceso o fascitis necrotizante.***

El desbridamiento quirúrgico puede realizarse con bisturí, curetaje, tijeras curvas e hisopos; debe ser profundo y extenso para remover todo el tejido necrótico infectado, deben llevarse a cabo tan frecuentes como sea necesario, cuidando de no remover tejido de granulación.²

La desbridación quirúrgica del tejido infectado debe realizarse sin diferimiento en forma inicial, y subsecuentemente tantas veces como sea necesario con “destechamiento” de trayectos fistulosos ya que la evidencia demuestra que la intervención quirúrgica de las infecciones moderadas o graves reduce el riesgo de amputación de la extremidad inferior.¹⁰

*En nota médica subsecuente del servicio de Urgencias (sin registro de hora), se indicó doble esquema antimicrobiano, empero no obran los resultados de laboratorio correspondientes, ni en las notas de enfermería datos que corroboren la ministración del citado esquema; tampoco existe evidencia de haber solicitado valoración especializada, a pesar de que el paciente cursaba **con criterios que indicaban la necesidad de tratamiento quirúrgico.***

*Atendiendo a la descripción clínica del pie, los hallazgos imagenológicos y resultados de laboratorio que obran en el expediente clínico aportado por el demandado, el paciente se encontraba en una clasificación **Wagner 3, Texas IB, PEDIS 4, IDSA grave**, al presentar datos de **respuesta inflamatoria local** (dolor, edema, eritema, induración) en primer orotejo de pie izquierdo, con afectación*

sistémica ya que presentaba **hiperglucemia severa, taquicardia y leucocitosis**; por lo que, ante dichas condiciones clínicas, el deber de cuidado del personal médico del demandado consistía en indicar la **hospitalización del paciente para el control del estado metabólico** (lograr equilibrio hidroelectrolítico, control glucémico y tratar comorbilidades), el **inicio de antibióticoterapia parenteral empírica con previa toma de cultivo** de herida así como estudios de extensión, acorde a las recomendaciones de que la Guía de Práctica Clínica para el manejo integral del pie diabético y las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) así como desbridación y drenaje quirúrgico con posterior revaloración y reclasificación del manejo médico según la clasificación de San Elián.^{2,6,8,43}

Las condiciones clínicas del paciente **ameritaban tratamiento hospitalario y valoración especializada**, sin embargo, la úlcera fue clasificada por el personal médico del servicio de Urgencias como Wagner grado 2-3, se realizó curación y vendaje de Jones, siendo dado de alta hospitalaria a las 16:00 horas del citado 14 de febrero de 2017; en la nota de egreso se documentó que fue enviado a la consulta externa de Angiología con solicitud de ultrasonido Doppler y cita en seis días a revaloración; cabe resaltar que en alta médica ni siquiera se señaló la indicación de antibióticoterapia.

A mayor abundamiento, el paciente cursaba con un descontrol glucémico importante (glicemia capilar de 341 mg/dL), empero no se demostró conducta médica alguna tendente a descartar complicaciones agudas de diabetes mellitus como son cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico; contrario a esto, se determinó su egreso **sin evidencia de haber agotado las obligaciones de medios diagnóstico terapéuticos para el control glucémico**.

⁴³Lipsky BA, Berendt A, Gunner H, et al. Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006; 117 (7S): 212S-238S.

Las guías de la ADA (American Diabetes Association) recomiendan en la mayoría de los pacientes hospitalizados estables o en estado crítico una **glucosa objetivo entre 140 y 180 mg/dL**, mientras que metas más estrictas de 110 a 140 mg/dl podría ser apropiado en pacientes seleccionados con bajo riesgo de hipoglucemia. La glucemia se considera estable cuando tres valores consecutivos se encuentran en el límite deseado.⁴⁴

En esos términos, se tienen por demostrados elementos de mala práctica en la atención médica otorgada el 14 de febrero de 2017, al no existir evidencia de la valoración clínica exhaustiva del paciente a pesar del descontrol metabólico y la respuesta inflamatoria sistémica; así también al contar con la prueba radiográfica que muestra presencia de gas en tejidos blandos, omitiendo los médicos del demandado ponderar la necesidad de tratamiento hospitalario y solicitar la valoración especializada; tal y como recomienda la literatura médica. Contrario a esto, el paciente fue egresado de forma prematura y sin evidencia al menos, de indicación de antibióticoterapia, lo que permitió la progresión de la infección en el paciente.

Del expediente clínico del demandado se desprende que el **15 de febrero de 2017** a las 16:30 horas, el paciente acudió a Urgencias por presentar reacción dermatológica catalogada como urticaria, relacionada a la administración de ketorolaco, la cual cedió de manera espontánea, se destacó en la exploración física que se encontraba normotenso, afebril, con tendencia a la taquipnea y con mayor descontrol glucémico. Dentro de los hallazgos paraclínicos con mayor leucocitosis de 17,200/mcL a expensas de granulocitos. Se documentó que se realizó una nueva curación y colocación de vendaje de Jones con gasto seroso a través de la úlcera.

⁴⁴American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. 2018; 41(1).

La Hoja del Servicio de Urgencias, refiere que el paciente se encontraba con periodos de agitación durante su estancia en dicho el Servicio.

La literatura médica generalmente aceptada, refiere que en todo paciente con sospecha o confirmación de infección se deben realizar estudios de extensión (biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación, gasometría arterial y evaluación de la escala de coma de Glasgow) para descartar estado de sepsis, una situación clínica potencialmente mortal.⁷

En este caso no se agotaron las obligaciones de medios diagnósticos para la valoración del paciente al omitir la escala de coma de Glasgow, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación; es decir, **el personal médico no actuó con la diligencia debida, a fin de descartar sepsis en un paciente con factores de riesgo y manifestaciones clínicas de respuesta inflamatoria sistémica.**

A mayor abundamiento, el enfermo cursaba con hiperglucemia importante y acidosis metabólica descompensada de brecha aniónica elevada, con una alcalosis respiratoria concomitante. Dichos hallazgos compatibles con alta sospecha diagnóstica de cetoacidosis diabética (CAD).

La Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos la define como una emergencia endocrinológica que consiste en la tríada bioquímica de **hiperglucemia, cetonemia y acidosis metabólica**, caracterizada por insulinopenia absoluta o relativa como resultado del incremento en los requerimientos de insulina en pacientes con diabetes mellitus **durante un proceso infeccioso**, trauma, infarto agudo al miocardio o cirugía.

Los factores precipitantes más comunes en el desarrollo de cetoacidosis diabética son los procesos infecciosos, otros factores identificados incluyen:

- *Omisión de la administración de insulina.*
- *Tratamiento inadecuado con insulina.*
- *Deshidratación.*
- *Estrés psicológico.*
- *Pancreatitis.*
- *Traumatismos.*
- *Enfermedad de Cushing.*
- *Ingesta abundante de bebidas etílicas.*
- *Infarto agudo de miocardio.*
- *Accidente vascular cerebral.*
- *Fármacos.*

En el caso del paciente se logra identificar como factor de riesgo para el desarrollo de esta complicación aguda: la úlcera de pie diabético infectada.

El proceso de CAD (cetoacidosis diabética) evoluciona en un periodo menor de 24 horas, el cuadro clínico clásico incluye: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, vómitos, deshidratación, debilidad, cambios en el estado mental. Los hallazgos en la exploración física pueden incluir mucosa oral seca, disminución de la turgencia de la piel, taquicardia e hipotensión.

La acumulación de cetoácidos resulta en acidosis metabólica con brecha aniónica (anión gap) elevada. La brecha aniónica o anión gap es el resultado de la diferencia matemática entre los cationes mayores del plasma (el sodio –Na- y el potasio –K-), y los aniones mayores que lo acompañan en el líquido extracelular (cloro–Cl- y bicarbonato -HCO₃-), y se calcula de la siguiente manera:

$$(Na + K) - (Cl + HCO_3)$$

Los valores normales para adultos según la literatura empleada se sitúan de 8 a 12 mEq/L (miliequivalentes por litro). Una brecha aniónica entre 15 y 20 mEq/L generalmente indica la presencia de cetoacidosis diabética.

El enfermo tenía una brecha aniónica calculada de 28.4 y no se cuenta con medición sérica de beta-hidroxibutirato o con examen general de orina para confirmar presencia de cetonas durante ese día; sin embargo, el examen general de orina del 16 de febrero a las 10:11 horas confirma la presencia de cetonuria con resultado positivo de dos cruces.

La medición sérica de beta-hidroxibutirato es el estudio idóneo para identificar a los pacientes con cetoacidosis diabética y se prefiere en comparación con la medición de cetonas en orina, sin embargo, estas últimas pueden considerarse una prueba alternativa.

Clasificación de la CAD en adultos:

	CETOACIDOSIS			EHH ⁶
	Leve	Moderada	Grave	
Glucosa plasmática (mg/100 ml)	>250	>250	>250	>600
Nivel sensorial	Alerta	Alerta/somnoliento	Estupor/coma	Estupor/coma
Anion gap*	>10	>12	>12	<12
pH arterial	7.25 a 7.30	7.0-<7.24	<7.0	>7.30
Bicarbonato sérico (mEq/L)	≥15-18	10-<14.9	<10	>15
Osmolaridad sérica efectiva**	Variable	Variable	Variable	>320 mOsm/kg
Cetonas urinarias***	Positivas	Positivas	Positivas	Levemente positivas

Fuente: Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias 6ª edición.

De acuerdo a lo anterior, **el paciente se situaba en un estado de cetoacidosis diabética moderada**, el pH arterial francamente alcalótico puede explicarse por la compensación respiratoria de la acidosis metabólica.

La evidencia en estudios prospectivos aleatorizados abiertos, señalan que los pacientes con CAD leve o moderada, sin complicaciones pueden tratarse en hospitalización o área de Urgencias con monitoreo estrecho, inicialmente cada hora y posteriormente cada dos horas, que incluyan: niveles de glucosa capilar, balance de líquidos, signos vitales, brecha aniónica, osmolaridad plasmática, estado neurológico y electrolitos séricos. ^{45,46}

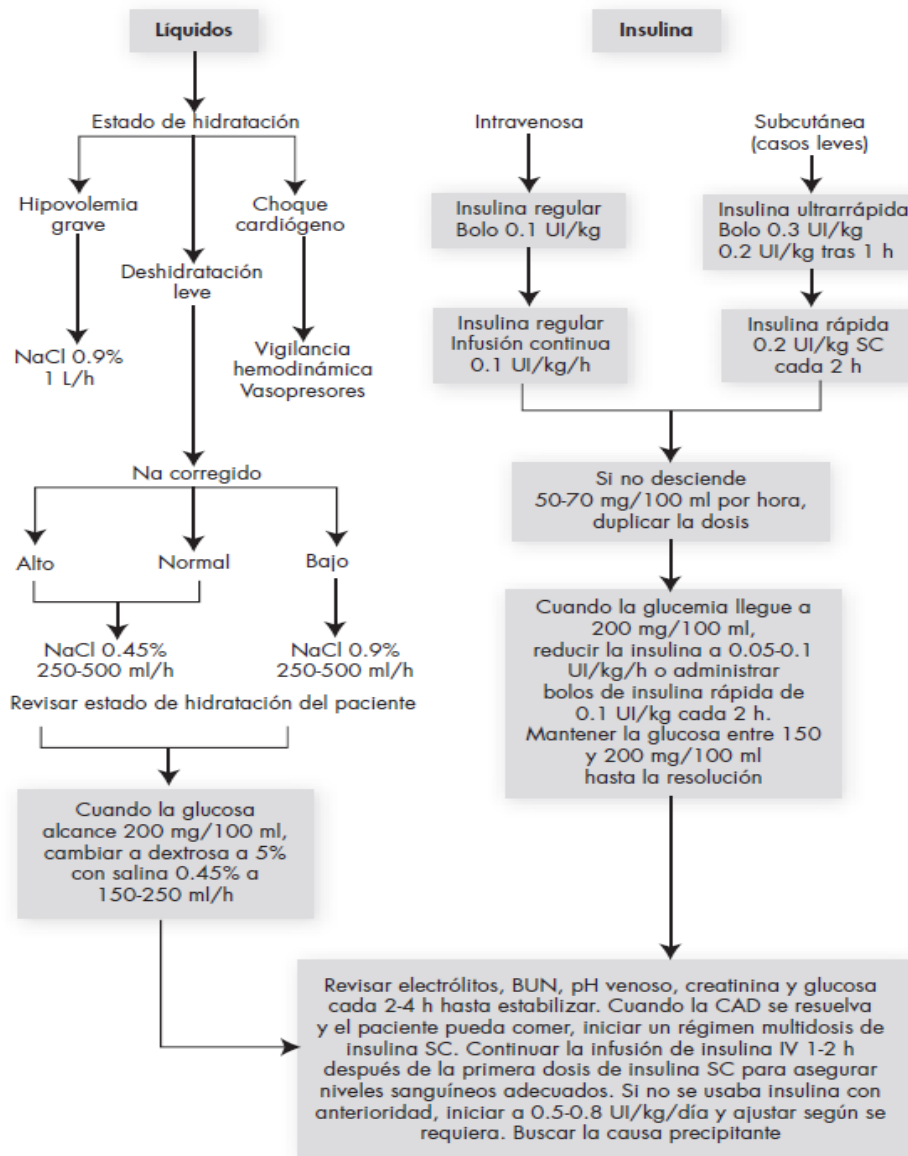
La literatura actual señala que los tres pilares del tratamiento de la CAD son la hidratación, la administración de insulina y la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos.

Otras medidas generales incluyen la anticoagulación profiláctica, mantener vía aérea permeable y oxigenación adecuada, vigilancia de la diuresis, colocación de sonda urinaria o nasogástrica si está indicada y tratamiento de la enfermedad desencadenante.¹⁴

El siguiente esquema representa el algoritmo básico de tratamiento avalado por la Asociación Americana de Diabetes.

⁴⁵Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Ciudad de México; CENETEC 2016.

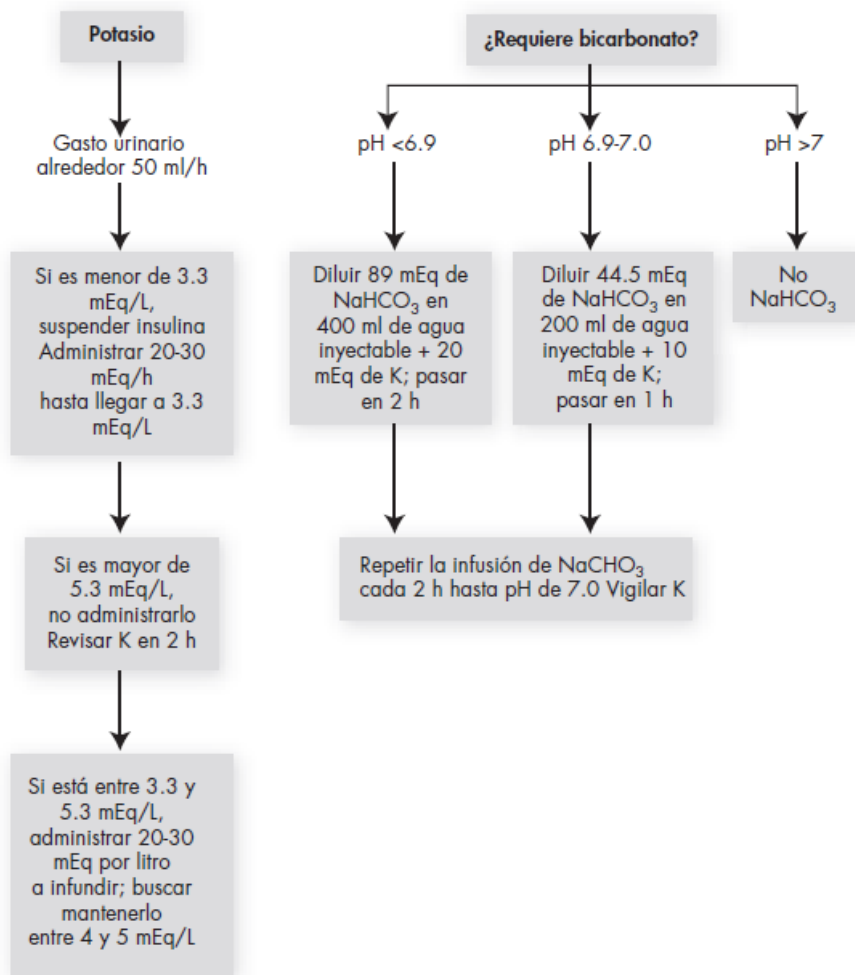
⁴⁶Acuña J. Cetoacidosis diabética. En: Guilas A. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias 6ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 275– 287



Fuente: Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias 6ª edición.

El sodio generalmente se encuentra bajo por el flujo osmótico de agua del espacio intracelular al extracelular en presencia de hiperglucemia y debe corregirse agregando 1.6 mEq/l al sodio sérico medido por cada 100 mg/dl de glucosa por arriba

de 100 mg/dl. Las cifras de sodio corregido por glucosa en el paciente eran de 137.4 mEq/l.



Fuente: Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias 6ª edición.

Se deben medir los niveles de potasio sérico durante el tratamiento con insulina administrada en infusión continua ya que se asocia con mayor frecuencia a eventos de hipokalemia e hipoglucemia. **Se recomienda la suspensión de la infusión de insulina hasta que la cetosis se resuelva o la brecha aniónica sea menor de 12, administrando insulina subcutánea 15 minutos antes de la suspensión de**

la misma. Es importante mantener los niveles de glucosa entre 150 y 200 mg/dl.

Se considera que la **resolución de la CAD** se logra cuando la glucosa plasmática es menor de 250 mg/dl y se cumplen dos de los siguientes criterios:

- HCO₃ mayor de 15 mg/dl
- pH venoso mayor de 7.3
- Brecha aniónica calculada menor de 12 mEq/l. ^{13,14,47}

En el caso del paciente, se indicó tratamiento con insulina de acción rápida en infusión continua a 8 ml/h, misma que se suspendió a las 02:00 horas del día 16 de febrero, **sin que se agotaran los medios para confirmar la resolución de la cetoacidosis, al no existir evidencia de la realización de gasometría venosa, ni determinación de electrolitos séricos previo a la suspensión del tratamiento con infusión de insulina.**

De tal forma que no existe constancia médica o prueba alguna que acredite el seguimiento del paciente de acuerdo a lo señalado en las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos avalados por la Asociación Americana de Diabetes. **Lo que está demostrado es que debido a la conducta omisiva del personal médico, persistió el descontrol glucémico, no obstante que es uno de los factores que debe evitarse para el éxito del tratamiento del pie diabético.**

Cabe mencionar que, si bien es cierto obra en el expediente clínico la indicación de inicio de doble esquema antibiótico con ceftriaxona 2 gramos IV cada 12 horas y

¹⁵ Kitabchi A, Umpierrez G, Miles J, et al. Hyperglycemic Crises in Adult Patients with Diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(7): 1135-1343

clindamicina 600 mg IV cada 8 horas; también lo es, que no obra evidencia de toma de cultivos.

El **cultivo de tejido profundo** sigue siendo el **estándar de oro** para el manejo antibiótico específico. En un estudio de 84 pacientes hospitalizados seleccionados al azar con úlceras de pie diabético infectadas, el 83% de los cultivos demostraron flora polimicrobiana, con una relación de bacterias aeróbicas y anaeróbicas de 3:1. Los microorganismos aerobios aislados más frecuentemente fueron: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus spp*, mientras que los anaerobios más frecuentemente aislados fueron: *Peptostreptococcus magnus* y *Bacteroides fragilis*.

Entre los microorganismos que se han identificado en infecciones que ponen en riesgo la extremidad son *Staphylococcus aureus*, estreptococos del grupo B, enterococos y bacilos Gram-negativos facultativos. *Pseudomonas aeruginosa* puede encontrarse en tejido macerado, mientras que anaerobios obligados pueden estar presentes en infecciones necróticas y gangrenosas.

En pacientes hospitalizados, infecciones graves, infecciones crónicas y uso previo de antibióticos, habrá que sospechar de infección por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA) o bacilos Gram-negativos productores de beta-lactamasa de espectro extendido, la infección con estos organismos requiere tratamiento antibiótico específico, por lo que es esencial obtener los cultivos óptimos de las heridas antes de iniciar el tratamiento en estos casos.^{6,8}

Las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) recomiendan iniciar el tratamiento antibiótico empírico en función de la gravedad de la infección y el agente etiológico probable, previa toma de cultivos, para la posterior administración de terapia antibiótica específica.

Para los pacientes con infecciones leves a moderadas que no hayan recibido tratamiento antibiótico previo, se sugiere iniciar terapia antibiótica empírica dirigida

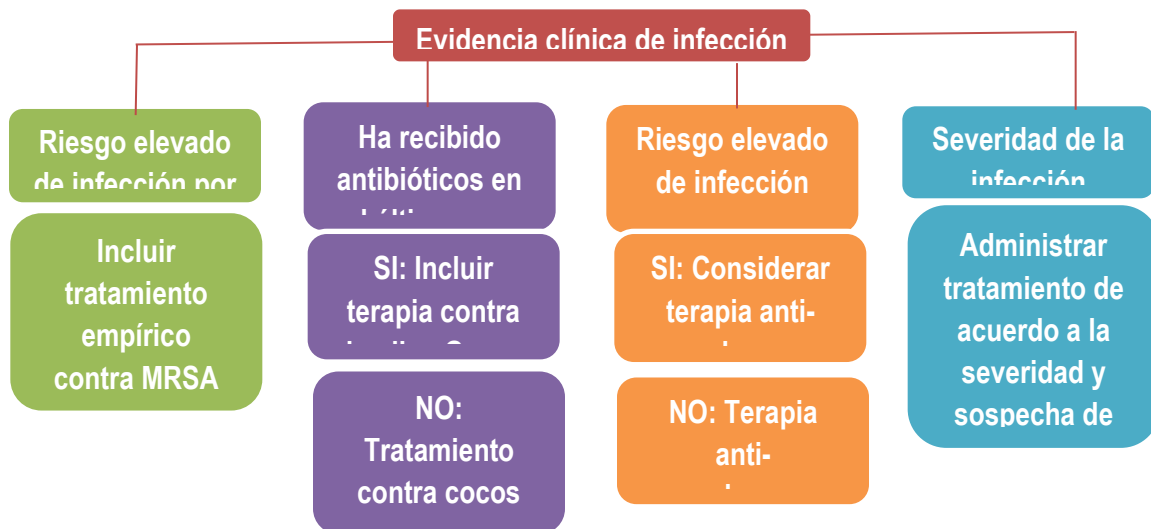
a cocos Gram-positivos aerobios. Para infecciones más severas se recomienda iniciar terapia antibiótica empírica de amplio espectro, hasta obtener resultados de cultivo y sensibilidad.

Se prefiere la terapia parenteral para todos los casos de infección grave e infecciones moderadas seleccionadas, al menos inicialmente, continuando con tratamiento oral en cuanto se cuente con los resultados de cultivo, en caso de infecciones leves, podrá iniciarse tratamiento antibiótico oral.

La terapia tópica se reserva para casos seleccionados de infecciones superficiales.

La duración del tratamiento depende del microorganismo involucrado y la evolución clínica del paciente, las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) sugieren un curso de antibiótico inicial de una a dos semanas para infecciones leves y de dos a tres semanas en infecciones moderadas a graves, continuando el tratamiento más allá de la resolución de los datos clínicos de infección.⁸

Descripción general de la selección de tratamiento antibiótico empírico y consideraciones que deben tener en cuenta los especialistas para el inicio del mismo:



De acuerdo a lo señalado, el paciente contaba con antecedente de ingesta de amoxicilina y ampicilina en los últimos dos meses, por lo que **estaba indicada la administración de tratamiento antibiótico con cobertura contra bacilos Gram negativos; incluso por la severidad de la infección, contra Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) como vancomicina, ceftazidima, cefepime, piperacilina – tazobactam, aztreonam o carbapenémico, como se recomienda a continuación:**

Recomendaciones de la IDSA (Infectious Diseases Society of America) para el inicio de la antibiòticoterapia empírica:

Gravedad de la infección	Agente etiológico probable	Antibiótico	Comentarios
Leve (Usualmente tratamiento oral)	Staphylococcus aureus (MSSA*); Streptococcus spp	Dicloxacilina	Requiere administrarse 4 veces al día, es de espectro estrecho.
		Clindamicina	Usualmente activo contra MRSA, considerar la sensibilidad local a macrólidos.
		Cefalexina	Requiere administrarse 4 veces al día
		Levofloxacino	Una sola toma al día, no es óptimo contra Staphylococcus aureus.
		Amoxicilina clavulanato	– Relativo amplio espectro con

Gravedad de la infección	Agente etiológico probable	Antibiótico	Comentarios
	<i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA**)	Doxiciclina	cobertura de anaerobios Activo contra MRSA, gram-negativos. Incierto contra especies de estreptococos.
		Trimetroprim-sulfametoxazol	Activo contra MRSA, gram-negativos. Incierto contra especies de estreptococos.
Moderada*** grave	o MSSA; <i>Streptococcus spp</i> ; enterobacterias; anaerobios estrictos	Levofloxacino	Una sola toma al día, no es óptimo contra <i>Staphylococcus aureus</i>
		Cefoxitina	Cefalosporina de 2ª generación con cobertura para anaerobios
		Ceftriaxona	Cefalosporina de 3ª generación, una dosis al día
		Ampicilina sulbactam	- Adecuada si hay baja sospecha de infección por <i>P. aeruginosa</i> .
		Moxifloxacino	Una sola dosis al día, puede administrarse de forma oral, relativo amplio espectro incluyendo la mayoría

		de los anaerobios estrictos.
	<i>Ertapenem</i>	Una sola dosis al día, relativo amplio espectro incluyendo anaerobios, pero no es activo contra <i>P. aeruginosa</i> .
	<i>Tigeciclina</i>	Activo contra MRSA, Espectro excesivamente amplio. Relacionado a efectos gastrointestinales y aumento de la mortalidad.
	<i>Levofloxacino</i> <i>ciprofloxacino</i> <i>clindamicina</i>	o La evidencia de la + <i>clindamicina</i> para infecciones graves por <i>S. aureus</i> es limitada. Presentación oral y parenteral.
	<i>Imipenem</i> <i>cilastatina</i>	– Muy amplio espectro (pero no en contra de MRSA), considerarse en caso de sospecha de productores de beta-lactamasa de espectro extendido.
MRSA	<i>Linezolid</i>	Costoso, mayor riesgo de toxicidad cuando se usa más de dos semanas.
	<i>Daptomicina</i>	Una sola dosis al día, requiere

		monitorización de CPK (creatinifosfoquinasa) La concentración mínima inhibitoria contra MRSA incrementa gradualmente.
	Vancomicina	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Piperacilina tazobactam</i>	- Administración tres o cuatro veces al día, Cobertura de amplio espectro. <i>P.</i> <i>aeruginosa</i> es un patógeno poco común en infecciones de pie diabético, excepto en circunstancias especiales).
MRSA, enterobacterias, <i>Pseudomonas</i> y anerobios estrictos.	Vancomicina, ceftazidima, cefepime, piperacilina tazobactam, aztreonam carbapenémico	Cobertura de muy amplio espectro, usualmente utilizado – solo como terapia empírica en o infecciones graves. Considerar cobertura contra anaerobios estrictos si se selecciona ceftazidima, cefepime o aztreonam.

*MSSA: *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible

**MRSA *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente

***El tratamiento de infecciones moderadas puede iniciarse con agentes orales o parenterales de acuerdo al estado clínico del paciente.

El cuadro clínico del enfermo ameritaba la toma de cultivo previo al inicio del antibiótico, obligación de medios que fue soslayada por el personal del demandado, sin que medie prueba que pueda justificar tal omisión; a dicho elemento de mal praxis se agregó el uso inapropiado de antibióticos al prescribir ceftriaxona a dosis de 2 gramos intravenosos cada 12 horas, cuya dosis usual es de 1 a 2 gramos administrados una vez al día para infección de tejidos blandos.⁴⁸

El mismo día (15 de febrero), se solicitó estudio de ultrasonografía Doppler de miembro pélvico izquierdo, se reportaron venas poplítea y femoral con datos de reflujo, así como índice de resistencia alta. La arteria interdigital del primer orjejo de pie izquierdo con flujo sanguíneo presente e IR (índice de resistencia) 0.74.

Es de suma importancia evaluar el suministro vascular de las extremidades, la enfermedad arterial periférica está presente en el 20% al 30% de las personas con diabetes y en hasta el 40% de aquellos con infección de pie diabético y está asociada más a menudo con las arterias femoral-poplítea y tibial con la preservación de los vasos del pie.

El ultrasonido es un auxiliar diagnóstico útil en abscesos de tejidos blandos, con una sensibilidad y especificidad superiores a los estudios radiográficos simples de las extremidades.²

El ultrasonido Doppler es una herramienta no invasiva importante para el diagnóstico vascular, proporciona información con relación a la permeabilidad arterial y venosa, sentido del flujo, presencia de estenosis y fístulas, y estado de la vasculatura distal y proximal al sitio de examen.⁴⁹

⁴⁸ Ficha técnica de ceftriaxona, disponible en:
https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/64539/64539_ft.pdf

⁴⁹ Paolinelli P. Ultrasonido doppler de extremidades inferiores para el estudio de la insuficiencia venosa. Revista Chilena de Radiología. 2009; 15(4): 181-189.

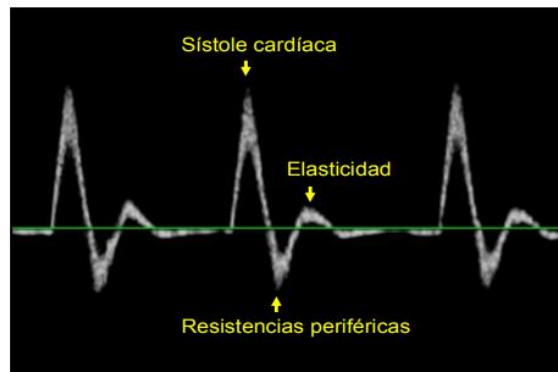
*La exploración por ultrasonido Doppler de las extremidades inferiores se realiza en tres modalidades: escala de grises, Doppler color y Doppler espectral. En cada modalidad es posible valorar:*⁵⁰

<p>Escala de grises</p> <ol style="list-style-type: none">1. Trayecto, calibre y permeabilidad de los vasos explorados2. Características de la pared3. Calcificaciones4. Defectos intraluminales de llenado5. Características de los tejidos blandos adyacentes <p>Doppler color</p> <ol style="list-style-type: none">1. Características del flujo vascular (laminar, turbulento, permeabilidad)2. Estimación de porcentaje de estenosis3. Turbulencias postestenóticas4. Presencia de <i>aliasing</i>5. Flujo colateral de entrada o de salida <p>Doppler espectral</p> <ol style="list-style-type: none">1. Patrón trifásico de la onda espectral2. Medición de velocidades sistólicas máximas3. Medición de velocidades sistólicas máximas pre y postestenóticas4. Cálculo de índices de resistencia
--

*La ventaja del Doppler respecto a otras técnicas y otros métodos de imagen es que permite analizar las características del flujo y la morfología de la curva espectral. Las arterias normales muestran una curva de alta resistencia, trifásica, con un componente sistólico, una breve inversión en la diástole precoz que depende de las resistencias periféricas y una pequeña onda positiva en las arterias elásticas. El tercer componente puede estar ausente con la edad al perderse la elasticidad de la pared arterial.*⁵¹

⁵⁰ Salazar J, Serrano R. Ultrasonido doppler de miembros pélvicos en la insuficiencia arterial crónica: lo que el radiólogo debe reportar. *Anales de Radiología México* 2011; 3:174-178.

⁵¹ Selfa S. La ecografía doppler en el diagnóstico de isquemia crónica de MMII. Sociedad de radiología de la comunidad valenciana. Disponible en: http://www.srcv.org/repo/static/public/jornadasDoppler/08Doppler_Arterial.pdf.



Onda espectral trifásica normal

*En el presente caso, se analizaron las arterias: tibial anterior, tibial posterior y poplítea izquierdas, las cuales presentaron una onda trifásica normal al momento del estudio; **esto acredita que al inicio de la atención no existía compromiso vascular evidente, siendo un elemento de buen pronóstico para la conservación de la extremidad; dicho en otras palabras, se descartaba enfermedad vascular grave.***

*En este sentido, resultaron concluyentes las pruebas para mejor proveer allegadas por esta Comisión Nacional, identificadas como: 18. Dos placas que contienen imágenes de ultrasonido de fecha quince de febrero de dos mil diecisiete, paciente Ruiz Aranda. 19. Solicitud e interpretación de estudio USG doppler de extremidad pélvica izquierda. En efecto, de su valoración exhaustiva se obtuvo lo siguiente: “Sistema venoso presenta adecuada compresibilidad y se encuentran permeables, lo cual se confirmó con ultrasonido Doppler de color. No se observaron trombos en este momento. Todo este sistema presenta patrón de flujo con turbulencia. Las venas poplítea y femoral presentan datos de reflujo. Sistema arterial sin presentar imágenes en relación a calcificaciones, ni ateromas en este momento. Presenta flujo sanguíneo con índice de resistencia alta. Arteria interdigital del 1er orjejo de pie izquierdo con flujo sanguíneo presente e IR 0.74. **Conclusiones:** “Los sistemas venosos superficial y profundo izquierdos presentan datos de*

insuficiencia venosa, sin observarse en este momento datos de trombosis venosa.

-Arterias con índice de resistencia alta. Arteria interdigital del 1er orjejo de pie izquierdo con flujo sanguíneo presente e IR (índice de resistencia) 0.74.”

Abundando en lo anterior, el ultrasonido Doppler también permite determinar el índice tobillo-brazo o índice de Yao, indispensable para valorar la existencia de isquemia en miembros inferiores, se mide la presión sistólica en las arterias mediante un esfigmomanómetro de 10 a 12 cm a nivel del tobillo, con el apoyo de un Doppler portátil, determinando la presión sistólica de la arteria tibial posterior y/o de la dorsal del pie y se compara con la presión de la arteria braquial. Alrededor de un 5% a 10% de los pacientes con diabetes presentan calcificación de la media arterial o esclerosis de Mönckeberg causando una elevación de la presión sistólica (falso ITB mayor de 1.4).^{2,52} Este índice es de especial importancia por el valor pronóstico que representa.¹⁸

Son indicativos de alteración hemodinámica valores menores de 1.

Relación T/B (tobillo/brazo)	Alteración
<0.5	Enfermedad vascular grave (afectación multisegmentaria)
>0.5 y <0.8	Enfermedad vascular moderada (afectación segmentaria)
<0.9	Sospecha de enfermedad vascular. Debe evaluarse cada 3 meses

Simbología: < menor de; > mayor de.

Al respecto, se debe señalar que en la atención del paciente **se omitió la medición del índice tobillo/brazo o de Yao para clasificar correctamente la existencia o no, de enfermedad vascular moderada o de riesgo.**

⁵² Herranz de la Morena L. Índice tobillo brazo para la evaluación de la enfermedad arterial periférica. Av Diabetol. 2005; 21(3): 224-226.

Ahora bien, durante la valoración realizada a las 22:08 horas por el Servicio de Cirugía General, se describió la úlcera con edema, hiperemia, hipertermia y dolor, sin salida de secreción purulenta y pulsos sin alteraciones; por lo que se estableció el diagnóstico de celulitis de miembro pélvico izquierdo y manejo conservador con tratamiento antibiótico. Sin embargo, no existe evidencia de que se hubiera valorado la radiografía realizada el día previo, así tampoco existe elemento o constancia que acredite la valoración del ultrasonido Doppler; más aún, si bien es cierto que se solicitó continuar el protocolo de estudio con el Servicio de Vascular Periférico, tampoco se demostró la participación del personal de éste en la atención del paciente.

Las guías de práctica clínica para el manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención, recomiendan el **tratamiento quirúrgico urgente** en las infecciones del pie diabético **ante la presencia de gas en el tejido profundo, absceso o fascitis necrotizante²**. **En el presente caso, la cirugía para desbridación y lavado quirúrgico era necesaria en esos momentos por la presencia de gas en el tejido profundo evidente radiográficamente.**

El día **16 de febrero de 2017** a las 00:50 horas, a la exploración física del paciente, se señalaron **pulsos poplíteo y pedio disminuidos, pies fríos y llenado capilar lento**; en notas posteriores no se reportaron hallazgos de exploración física de las extremidades inferiores.

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las manifestaciones clínicas de la aterosclerosis, que afecta a la aorta abdominal y sus ramas terminales; se caracteriza por estenosis u obstrucción de la luz debida a placas de ateroma que originadas en la capa íntima, proliferan hacia la luz arterial provocando cambios hemodinámicos en el flujo sanguíneo arterial que se traducen en disminución de la presión de perfusión dando lugar a isquemia de los tejidos que amenaza la extremidad.

La EAP (enfermedad arterial periférica) se asocia a los factores de riesgo tradicionales de la aterosclerosis, como el tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y homocisteinemia.

Es indispensable evaluar presencia de hipotermia, palidez de las extremidades (plantar y digital al elevar las extremidades), cambios de coloración, pérdida de vello, llenado capilar distal, disminución o ausencia de pulsos (femoral, poplíteo, pedio y tibial posterior), uñas quebradizas, dolor en los grupos musculares del área glútea, muslo, pantorrilla al caminar una distancia menor a 500 metros.

El diagnóstico temprano consiste en realizar a todos los pacientes con factores de riesgo que presenten un cuadro de claudicación intermitente una prueba de índice tobillo-brazo (ITB) realizándose el diagnóstico de EAP con un ITB <0.9 como se comentó anteriormente. En estos pacientes deberá realizarse un ultrasonido Doppler.

La arteriografía está recomendada en aquellos pacientes que requieran manejo quirúrgico abierto o endovascular. La angio-resonancia magnética es una buena alternativa de diagnóstico cuando los pacientes no pueden ser sometidos a angiografía.

El tratamiento consiste en:

- Tratamiento farmacológico para mejorar los síntomas de claudicación intermitente y control de la comorbilidad asociada. De primera línea las guías de práctica clínica de la enfermedad arterial periférica recomiendan cilostazol 100 mg cada 12 horas, como segunda línea pentoxifilina 400 mg cada 12 horas. El ácido acetilsalicílico a dosis de 80-150 mg y clopidogrel 75 mg están indicados para el manejo y control de las enfermedades cardiovasculares asociadas.*
- El tratamiento de revascularización quirúrgica con injertos autólogos o sintéticos está indicado en aquellos pacientes cuyas lesiones arteriales*

estenóticas u ocliterantes sean candidatas a este manejo (enfermedad aortoiliaca, femoropoplítea y de vasos distales), siempre y cuando los lechos de salida sean los adecuados. Mientras que el tratamiento de revascularización endovascular está indicado en aquellos pacientes cuyas lesiones estenóticas u ocliterantes sean lesiones cortas no calcificadas y que cuenten con vasos de salida. ⁵³

Se debe precisar, que a pesar de que en el paciente existían criterios clínicos orientadores para considerar la presencia de insuficiencia arterial periférica; debido a que no se agotaron las obligaciones de medios diagnósticos, el personal del demandado no contó con los elementos suficientes que le permitieran determinar la presencia de dicha entidad.

En ese sentido, se tiene por acreditado el incumplimiento al deber de cuidado, ante los datos clínicos de alarma manifestados por el paciente al día siguiente de la realización del ultrasonido Doppler y la conducta omisiva y contemplativa del personal médico; lo cual confirma la negligencia en que incurrió.

Así, el paciente ingresó a hospitalización de Medicina Interna a las 04:00 horas y a las 10:00 horas presentó nuevo cuadro dermatológico catalogado como urticaria, el cual cedió tras la administración de hidrocortisona e hidroxicina. Se registró que presentó dolor intenso a nivel de la úlcera.

*El 17 de febrero a las 10:30 horas, se reportó asintomático, a nivel paraclínico con mejoría metabólica y se agregó metronidazol, prednisona, **ketorolaco cada 8 horas**, se reiteró en nota de evolución vespertina que se solicitaría valoración por Traumatología y Ortopedia por salida de material purulento, misma que se realizó el 18 de febrero a las 09:00 horas, **señalando que requería únicamente manejo***

⁵³ *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica. México: Secretaría de Salud; 2009.*

conservador; sin embargo se reitera, el paciente cumplía con criterios para lavado quirúrgico ante la evidencia de gas en tejidos blandos.

De esta manera, se demuestra que nuevamente por la negligencia del personal especializado a cargo de la atención del paciente, se le privó del tratamiento que amerita su condición de salud, consecuentemente de la oportunidad de mejorar su estado de salud, pues lejos de beneficiarla permitió su detrimento.

Por cuanto hace a la indicación de medicamentos, se debe señalar que, aunque poco frecuentes, se han documentado reacciones cutáneas graves y algunas mortales posterior a la administración de ketorolaco, las cuales incluyen: eritema multiforme, dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. Este tipo de reacciones se presentan con mayor frecuencia al inicio del tratamiento, por lo que debe de interrumpirse la administración de ketorolaco a la primera aparición de una erupción cutánea, lesiones de las mucosas o cualquier otro signo de hipersensibilidad. Este fármaco está contraindicado en todos los pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al mismo⁵⁴, por lo que, pese a que se identificó como posible factor causal de la reacción cutánea, se sometió al paciente a un riesgo injustificado al indicar nuevamente ketorolaco. Lo cual constituye un elemento más de mal praxis médica.

En nota de evolución de las 22:00 horas del 18 de febrero, se reportaron paraclínicos con elevación de leucocitos respecto al día previo (de 16.8 a 19.2 x 10⁹/l) a expensas de neutrófilos, así como disminución de la hemoglobina de 2 gramos (de 12.2 a 10.2 g/dl). El día 19 de febrero se suspendió metronidazol y se indicaron curaciones de úlcera de pie diabético.

⁵⁴ Ficha técnica ketorolaco, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/70098/70098_ft.pdf

El día 20 de febrero con incremento de leucocitos a $24,2 \times 10^9/l$, tendencia a la taquicardia y febrícula durante el turno nocturno. En la exploración física se describió con disminución de pulsos pedio y poplíteo. Se tomó cultivo de úlcera y se agregó nuevamente metronidazol.

La literatura especializada, recomienda que el paciente debe ser reevaluado de 24 a 72 horas posteriores al inicio de terapia antibiótica empírica para valorar la respuesta o modificar el régimen, hasta que se obtengan los resultados de los cultivos e iniciar el tratamiento antibiótico específico,⁵⁵ sin embargo no hay evidencia de que se hubieran atendido dichas acciones de cuidado y diligencia en beneficio de la salud del paciente.

Por otro lado, **se aprecia un manejo errático de antibióticos al indicar, suspender y nuevamente indicar un antibiótico en menos de 48 horas, lo que favoreció las resistencias bacterianas y la persistencia de la infección.**

El 22 de febrero, se obtuvo resultado de cultivo de secreción de úlcera con desarrollo de *Staphylococcus epidermidis* sensible a ciprofloxacino, cefalotina, gentamicina, oxacilina, vancomicina, trimetoprim con sulfametoxazol. Se indicó tratamiento con ciprofloxacino 200 mg cada 12 horas y gentamicina 160 mg cada 24 horas. El día 23 de febrero, se suspendió gentamicina y se continuó esquema antibiótico con ciprofloxacino a misma dosis.

La dosis recomendada de ciprofloxacino para infección de la piel y tejidos blandos es de 500 a 750 mg administrados dos veces al día,⁵⁶ mientras que la dosis de gentamicina en pacientes adultos con función renal conservada es de 3 mg/kg al día y puede ser administrado en dosis única o dividido en tres dosis. En pacientes con infecciones graves y en casos de insuficiencia renal es aconsejable la

⁵⁵ Bader M. Diabetic foot infection. *American Family Physician*. 2008; 78(1): 71-79

⁵⁶ Ficha técnica de ciprofloxacino, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/dohtml/ft/62300/FichaTecnica_62300.html

monitorización de los niveles plasmáticos de gentamicina. El rango terapéutico de la gentamicina está comprendido entre 5 y 10 mcg/ml.⁵⁷ En esos términos, **nuevamente se aprecian elementos de mala práctica al prescribir en forma insuficiente, es decir un solo un día, dosis infraterapéuticas de ciprofloxacino y gentamicina; lo que contrario a beneficiar al paciente y combatir el proceso infeccioso, favoreció la resistencia bacteriana, con persistencia de la infección.**

La literatura generalmente aceptada, recomienda que debido a la cobertura antibiótica del ciprofloxacino con mayor afinidad a microorganismos Gram negativos, en las infecciones causadas por especies de *Staphylococcus* deben ser administrados otros agentes antibacterianos de forma concomitante y a las dosis correctas.

El 24 de febrero se consideró la **prealta del paciente, a pesar de cursar con leucocitosis de 15,000, a expensas de granulocitos y trombocitosis, y el 25 de febrero, se indicó alta a domicilio con ciprofloxacino durante 10 días (sin señalarse posología), en nota de egreso se reportó el resultado de paraclínicos con leucocitosis de 14,600 y trombocitosis de 496 x 10⁹/l, sin haber recibido un esquema antimicrobiano suficiente e idóneo, a pesar de que el personal médico contaba con criterios suficientes para considerar que el proceso infeccioso continuaba activo.**

La trombocitosis definida como un recuento de plaquetas >450 x 10⁹ en más del 75% de los casos puede ser de origen reactivo o secundario. En adultos, la infección (típicamente aguda), el daño tisular, trastornos inflamatorios crónicos y malignidad son las principales causas desencadenantes.⁵⁸

⁵⁷ Ficha técnica de gentamicina, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/59658/59658_ft.pdf

⁵⁸ Bleeker J, Hogan W. *Thrombocytosis: Diagnostic Evaluation, Thrombotic Risk Stratification, and Risk-Based Management Strategies*. Thrombosis. 2011.

En esas circunstancias, **además de la mala práctica reiterada durante la atención brindada durante la hospitalización del paciente**, quedó demostrado el **egreso hospitalario prematuro, lo que permitió no sólo la persistencia sino la progresión del proceso infeccioso.**

Así las cosas, el paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias el día **02 de marzo** a las 14:30 horas, referido de la Consulta Externa de Angiología donde se sugirió valoración por Cirugía General y/u Ortopedia. En la exploración física se destacó, taquicárdico, con dolor intenso, aumento de volumen y temperatura de pie izquierdo de predominio sobre los ortejos, con hipersensibilidad y secreción fétida, llenado capilar de 3 segundos y pulsos presentes. A las 16:30 horas en nota de seguimiento y contrarreferencia del Servicio de Urgencias, se registró curación de herida, colocación de vendaje de Jones y egreso a domicilio con las siguientes medidas locales: **colocar el pie dentro de una bandeja de un litro de vinagre, medio litro de cloro y medio litro de agua durante 15 minutos dos veces al día** y antibiótico a base de ciprofloxacino y clindamicina, con diagnóstico de pie diabético Wagner 4, se cita al servicio de Urgencias en 5 días.

Relacionado con las citadas indicaciones, se debe señalar que el ácido acético o vinagre es considerado una sustancia muy corrosiva que al entrar en contacto directo con la piel puede causar daño en ella, provocando enrojecimiento, dolor y sensibilidad,⁵⁹ mientras que el contacto del cloro líquido en la piel puede causar fuertes quemaduras.⁶⁰

A mayor abundamiento, no obra en el expediente clínico registro de solicitud o resultados de laboratorio, gabinete o cultivos previos al egreso del paciente, que

⁵⁹ Ficha técnica ácido acético, disponible en: <http://dqisa.com/wp-content/uploads/2015/10/ACIDO-AC%C3%89TICO.pdf>

⁶⁰ Manual del cloro, disponible en: [http://www.aniq.org.mx/pqta/pdf/Manual%20del%20Cloro%20\(LIT\).pdf](http://www.aniq.org.mx/pqta/pdf/Manual%20del%20Cloro%20(LIT).pdf)

permitan evaluar la gravedad de la infección, a pesar de presentar alteración en los signos vitales (taquicardia) y datos de respuesta inflamatoria local, así tampoco obra evidencia de haber solicitado valoración especializada alguna; por el contrario, **se indicó manejo con sustancias potencialmente lesivas (dañinas), es decir tratamiento no autorizado, ni reconocido en la literatura médica;** quedando probado que el personal del demandado no actuó con la prudencia y cuidado que ameritaba el cuadro clínico.

El paciente fue valorado los días **07 y 14 de marzo** en Consulta Externa de Urgencias, se refirió evolución lenta, con edema importante y menor gasto seropurulento e incluso **áreas de necrosis en primer ortejo** el día 14 de marzo; sin embargo, no se demostró la toma o registro de signos vitales, ni la realización de estudios de extensión; continuándose con el manejo ambulatorio establecido; de tal forma, que **nuevamente no se atendieron las obligaciones de medios diagnósticos y terapéuticos correspondientes, permitiendo una vez más, la persistencia y progresión del proceso infeccioso.**

El **21 de marzo** a las 11:55 horas, el paciente acudió una vez más al Servicio de Urgencias. A la exploración física se destacó necrobiosis de pie izquierdo con presencia de secreción purulenta, fétida, aumento de volumen y de temperatura, hipersensibilidad y llenado capilar inmediato, sin registro de signos vitales. Se señaló la realización de curación, empero no obra en el expediente clínico, solicitud ni toma de cultivos, se indicó tratamiento parenteral con ceftriaxona 2 gramos cada 12 horas, metronidazol 500 gramos (sic) cada 8 horas y amikacina 500 gramos (sic) cada 12 horas. Se solicitaron radiografías de pie y laboratorios.

Relacionado con lo anterior, para mejor proveer del estudio del caso, esta Comisión Nacional se allegó de las pruebas fotográficas: 22. Cinco placas radiográficas, exhibidas por la parte actora; entre las cuales obra la radiografía de pie en proyecciones dorso-plantar y oblicua del pie izquierdo de fecha 21 de marzo de 2017, misma que valorada exhaustivamente mostró destrucción ósea y presencia

de gas en falange distal de primer dedo y calcificación vascular lateral, así también imágenes radio-opacas múltiples que involucran la articulación metatarsfalángica del cuarto dedo, imágenes compatibles con osteomielitis, **es decir, la infección involucraba ya el tejido óseo, siendo lo esperado ante la falta del tratamiento idóneo y oportuno que ameritaba el paciente y que estaba obligado a brindarle el hospital demandado.**

Las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) y las guías de práctica clínica para el manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención, recomiendan realizar radiografía simple en todos los pacientes que presentan infección de pie diabético en búsqueda de anomalías óseas (deformidad, destrucción ósea), presencia de gas en tejidos blandos o de cuerpos extraños. Puede tomar semanas para que los cambios radiográficos se hagan evidentes en radiografías simples, por lo que **cambios progresivos en 2 a 4 semanas incrementan la sensibilidad y especificidad.**

Del mismo modo, la imagen de resonancia magnética se recomienda como estudio de elección en pacientes en quienes se requiera estudios adicionales cuando se sospecha de absceso de tejidos blandos o cuando el diagnóstico de osteomielitis sigue siendo incierto, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 79%.

Cuando la imagen de resonancia magnética no está disponible o está contraindicada, se puede considerar la gammagrafía ósea con radionúclido o con leucocitos marcados como la mejor alternativa, con una alta sensibilidad pero baja especificidad debido a que cualquier proceso inflamatorio puede causar incremento en la captación.

Los clínicos deben considerar a la osteomielitis como una potencial complicación de cualquier úlcera de pie infectada, profunda (más de 3 mm) o grande (lecho mayor a 2 cm) de larga evolución (más de cuatro semanas) o que se superpone a una prominencia ósea. Las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America)

recomiendan realizar la prueba de contacto óseo o PTB (probe to bone test) la cual se realiza introduciendo un estilete en la úlcera considerándose positiva si se ve o se toca el hueso, con una especificidad del 85% y una sensibilidad del 66%, por lo que una prueba negativa no excluye el diagnóstico.^{8,61} El diagnóstico definitivo de osteomielitis se obtiene con la combinación de los hallazgos histológicos y el cultivo óseo.⁸

El microorganismo más frecuentemente aislado relacionados con osteomielitis del pie diabético es **Staphylococcus aureus** hasta en 81% de los casos, probablemente a causa de su formación temprana de biopelículas que le facilitan la adherencia a la matriz ósea, seguido de *Staphylococcus epidermidis*. Entre los bacilos Gram-negativos *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y especies de *Proteus* son los patógenos más comunes, seguidos de *Pseudomonas aeruginosa*. La prevalencia de anaerobios estrictos (*Peptoestreptococcus*, *Peptococcus* y *Finegoldia magna*) es baja.

Las guías IDSA (Infectious Diseases Society of America) señalan que debe **considerarse la destrucción ósea evidente radiológicamente situada debajo de una úlcera como osteomielitis a menos que se demuestre lo contrario**. Entre los signos radiográficos sugestivos de osteomielitis se encuentran: erosión cortical, reacción perióstica, lesiones líticas y esclerosis, como ocurrió en el caso de mérito.

La distinción de cambios óseos en la osteomielitis respecto a la neuro-osteartropatía diabética (pie de Charcot) es particularmente desafiante. Apoya a la presencia de la segunda entidad, la ubicación en medio pie y ausencia de herida en tejidos blandos, que no fue el caso; es decir, **la destrucción ósea evidenciada en el estudio de imagen se localiza en el sitio afectado por el proceso infeccioso**

⁶¹ Primerano A. Actualización: Problemas en los pies de los pacientes con diabetes (segunda entrega): evaluación y manejo de las infecciones. Evid. actual. práct. Ambul. 2008; 11(4):115-119





y es elemento suficiente y bastante para demostrar la progresión de la infección derivada de la mala práctica médica del personal del demandado.

La infección ósea y articular es un problema serio, consiste en tres componentes: la extensión de la infección, el microorganismo y el hospedero. El **tratamiento** se basa en **desbridamiento, estabilización esquelética, cobertura antibiótica específica**.⁶²

Existen diversos sistemas de clasificación de la osteomielitis, entre los que destacan el sistema de Cierny-Mader que orienta la necesidad o no de procedimiento quirúrgico.

Tabla 1. Sistema de clasificación de la osteomielitis Cierny-Mader

Tipo anatómico	
Estadio 1	Osteomielitis medular
Estadio 2	Osteomielitis superficial
Estadio 3	Osteomielitis localizada
Estadio 4	Osteomielitis difusa
Clase fisiológica	
Hospedero A	Saludable
Hospedero B	Bs: compromiso sistémico Bl: compromiso local Bls: compromiso local y sistémico
Hospedero C:	El tratamiento resulta más grave que la enfermedad

Estadios anatómicos	
	Estadio 1: osteomielitis intramedular, necrosis limitada a la medular • Etiología: hematógena <i>Tratamiento: antibiótico, drenaje quirúrgico</i>
	Estadio 2: osteomielitis superficial, necrosis en la superficie expuesta • Etiología: infección de contigüidad <i>Tratamiento: antibiótico, desbridamiento superficial, cobertura</i>
	Estadio 3: osteomielitis localizada (secuestro cortical), necrosis bien individualizada, afección localizada de la cortical, inestabilidad ósea antes o después de desbridamiento • Etiología: traumatismo, evolución de estadio 1 o 2, iatrogénica (tornillo, placa) <i>Tratamiento: antibiótico, desbridamiento, secuestrectomía Inmovilización = injerto óseo</i>
	Estadio 4: osteomielitis difusa, afección circunferencial de la cortical, inestabilidad ósea antes o después de desbridamiento • Etiología: traumatismo, evolución de estadio 1-2 o 3, iatrogénica (clavo) <i>Tratamiento: antibiótico, desbridamiento, secuestrectomía = injerto óseo Estabilización (ORIF, fijador externo [Ilizarov], amputación</i>

En este sistema de clasificación se tienen en cuenta los factores que afectan la respuesta inmune, la vascularidad local y el metabolismo. Dichos factores pueden ser sistémicos para el estadio Bs: desnutrición, insuficiencia renal o hepática, diabetes mellitus, hipoxia crónica (EPOC), inmunosupresión o enfermedades autoinmunes, edades extremas; o pueden ser locales para el estadio Bl: linfedema crónico, estasis venosa, compromiso arterial, fibrosis radioactiva, enfermedad de

⁶² Malizos K, Gougoulas N, Daliliana Z, et al. Ankle and foot osteomyelitis: Treatment protocol and clinical results. *Injury, Int. J. Care Injured.* 2009; 41: 285-293

pequeños vasos, neuropatía, abuso de alcohol. No se toma en cuenta el tiempo de evolución.⁶³

Para este momento de la atención del paciente, ante la evidencia de destrucción total multifragmentaria de la falange distal con involucro de falange medial de primer orjejo, le correspondía una clasificación Cierny-Mader en un **estadio 4B, con indicación de manejo quirúrgico conservador (desbridamiento, secuestrectomía con o sin injerto), incluso ponderar la amputación del segmento afectado (exclusivamente del primer orjejo del pie izquierdo); obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que no fueron atendidos nuevamente, permitiendo que el proceso infeccioso se extendiera.**

Obra en nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna del 21 de marzo a las 23:00 horas, la solicitud de ultrasonido Doppler de la extremidad afectada, empero no existe evidencia de que se haya realizado el estudio; se continuó mismo esquema antibiótico, se solicitó valoración por Cirugía General y Ortopedia, así también cultivo de herida.

En las indicaciones del día 22 de marzo (sin especificarse la hora), se suspendió ceftriaxona y amikacina; manteniendo cobertura con metronidazol 500 mg cada 8 horas y ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas, asimismo, **se indicaron curaciones por médico interno de pregrado**, sin que conste en el expediente evidencia de la realización de las mismas.

La constancia de atención que se valora, además de acreditar la falta de seguimiento médico en la atención del paciente, demuestra el incumplimiento de las obligaciones a cargo del nosocomio demandado, quien con motivo del servicio que le fue subrogado, afirmó expresamente que la plantilla de sus **médicos especialistas serían los únicos responsables de la atención y evolución de los**

⁶³ Leotau M, Alonso H. Osteomielitis: Una revisión de la literatura. Centro de estudios en salud. 2010; 1(12): 135-145

pacientes de “La CAPREPA”, y que por lo tanto, los médicos becarios, residentes y de apoyo administrativo no participarían en la prescripción de tratamientos médicos ni quirúrgicos; tal y como lo demuestra el Apartado Recursos Humanos, párrafo 8.1.6 de la hoja 16 del Anexo Técnico N° 1, parte integrante de la prueba 24. En treinta y cinco fojas, copia del Contrato N° CPPA/LPN/002/17, suscrito por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México y el Hospital XXXXXXX, obtenido del sitio oficial: http://data.caprepa.cdmx.gob.mx/transparenciaNueva/121/fraccion_30/2017/actual/2017/CONTRATOS/CPA-AD-002-17_1.PDF

Siguiendo con la valoración de la atención del paciente, el 23 de marzo a las 14:00 horas, se cambió ciprofloxacino por levofloxacino 750 mg cada 24 horas. A las 20:00 horas de ese mismo día, en nota de evolución de Medicina Interna se reportó que ya contaba con valoración prequirúrgica siendo clasificado como ASA II, Goldman I, Detsky 1, NYHA 0 y que el paciente se encontraba en espera de tiempo quirúrgico por parte de Traumatología y Ortopedia; sin embargo, la nota de valoración por Traumatología y Ortopedia del 24 de marzo a las 12:00 horas, se limitó a señalar que el paciente se encontraba con necrobiosis diabética Wagner IV de primer orjejo de MPI (miembro pélvico izquierdo) y que continuaba en vigilancia médica.

A las 18:00 horas, la nota de evolución de Medicina Interna señaló que el paciente fue revalorado por Traumatología y Ortopedia, siendo programado para tiempo quirúrgico el día siguiente, sin embargo, no obra nota de revaloración por Traumatología y Ortopedia.

A mayor abundamiento, las notas de valoración por Traumatología y Ortopedia de los días 25, 26, 27 y 28, fueron copia textual de la nota del 24 de marzo; lo que además de confirmar la falta de diligencia en la atención del paciente, contraviene lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, que en su numeral 8.3 establece que se debe elaborar nota de evolución por el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez al día, y su

contenido debe ajustarse a lo referido en el numeral 6.2, el cual señala que ha de contener la evolución, actualizando el estado clínico del paciente.

Cabe resaltar, que el procedimiento quirúrgico que se realizaría el 25 de marzo, sin que se hubiera referido en qué consistiría, así tampoco planeación quirúrgica por parte de Traumatología, fue diferido sin mencionarse la causa. En la especie, se aprecia **diferimiento injustificado en el tratamiento quirúrgico que ameritaba el paciente e incumplimiento a las obligaciones de medios para establecer el plan terapéutico, lo que favoreció que el proceso infeccioso se extendiera.**

Aunado a lo anterior, el día 26 de marzo a las 10:20 horas, se suspendió levofloxacino y se inició ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas, es decir a dosis subóptimas de las recomendadas; como antes fue referido.

En relación con el diferimiento del procedimiento quirúrgico, la parte actora ofreció como parte de sus probanzas la documental privada consistente en 1. Formato de sugerencia y/o quejas del Hospital XXX, requisitado el veintisiete de marzo de dos mil diecisiete. Prueba que no se omite mencionar fue objetada por la parte contraria mediante escrito recibido el veintiséis de febrero del año en curso, argumentándose: “se objeta en cuanto a su contenido, alcance y valor probatorio que el oferente pretende darle al mismo, en virtud de que dicho documento solo contiene manifestaciones de carácter meramente personal (unilateral) del mencionado oferente y consecuentemente y ajustado es carente de todo valor probatorio.” Sin embargo, la objeción planteada por el demandado resultó insuficiente para desvirtuar el contenido y alcance de dicha probanza, pues concatenada con las notas de atención y constancias glosadas a su expediente clínico, las cuales además de acreditar mala práctica médica durante la atención de este paciente, demuestran la inobservancia del propio nosocomio a las obligaciones que le son propias y que se encuentran establecidas en los artículos 18 y 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Atención Médica, en los cuales se refiere que los establecimientos en los que se presten servicios de

atención médica, deberán contar con un responsable, a quien corresponde llevar a cabo las siguientes funciones:

“I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;

III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;”

*Ante dichas circunstancias quedó acreditado que el 27 de marzo de 2017, a pesar de que el hoy actor presentó queja ante el propio nosocomio demandado, debido a **la falta de atención recibida a su padecimiento, el diferimiento del procedimiento quirúrgico y la omisión de las curaciones;** el demandado no demostró haber efectuado gestión o acción alguna para corregir dicha situación y procurar la atención médica hospitalaria del paciente con razonable seguridad.*

Además del fundamento referido, la consideración precedente encuentra respaldo, por igualdad de razones, en la tesis que se enuncia a continuación:

Época: Décima Época. Registro: 2008750. Instancia: Primera Sala. Tesis Aislada 1a. CXXI/2015 (10ª). Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro 16, Marzo de 2015, Página: 1116, que al rubro indica:

SERVICIOS DE SALUD. LA EXISTENCIA DE UN MÉDICO RESPONSABLE QUE VIGILE EL DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DENTRO DE UN HOSPITAL PRIVADO HACE EVIDENTE QUE LA INSTITUCIÓN TRABAJA DE FORMA COORDINADA CON SUS MÉDICOS EMPLEADOS O DEPENDIENTES. La Ley General de Salud no distingue en cuanto a si el prestador de los servicios de salud es una dependencia o entidad pública o privada, si es una persona moral o física, ni el tipo de servicio que, en específico, cada uno pueda prestar, en razón de que la atención médica es el conjunto de servicios que proporcionan esos prestadores de forma conjunta para proteger, promover o restaurar la salud de las personas; por ende, las obligaciones vinculadas con los servicios de salud no excluyen a los particulares en su participación. En ese sentido, los artículos 18 y 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, prevén que todos los establecimientos, sin distinguir entre públicos, privados, físicos o morales, deben contar con un médico responsable que, entre otros supuestos, establezca y vigile el desarrollo de procedimientos para asegurar que la prestación de servicios que el establecimiento ofrezca sea oportuna y eficiente, así como para que se cumpla cabalmente la ley, por lo que, suponer que éstos actúan de forma independiente, es decir, que no son empleados o dependientes, sería incongruente, pues no podrían cumplir con sus funciones. De ahí que la existencia de un médico responsable que vigile el desarrollo de los procedimientos que se lleven a cabo al interior del establecimiento, hace evidente que los hospitales trabajan de manera coordinada con sus médicos empleados o dependientes.

Amparo en revisión 584/2013. 5 de noviembre de 2014. Cinco votos de los Ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo Rebolledo, quienes reservaron su derecho para formular voto concurrente, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, quien reservó su derecho para formular voto

concurrente. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Ignacio Valdés Barreiro.

Continuando con la atención controvertida, no existe en el expediente clínico constancia alguna que corresponda al 29 de marzo, es decir no se acredita la valoración del estado de salud del paciente por parte del Servicio de Medicina Interna quien estaba a cargo de la atención (en sus tres turnos); esto confirma negligencia de dicho personal, así también contraviene lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, en su numeral 8.3 que determina que se debe elaborar nota de evolución por el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez al día.

*En nota de valoración por Traumatología y Ortopedia de ese mismo día a las 10:00 horas, se programó al paciente para procedimiento quirúrgico el día 30 de marzo, fecha en la que previa obtención de consentimiento informado, se realizó **ablación transtibial izquierda, sin complicaciones aparentes.***

*En casos de **osteomielitis difusa** e infección de artropatía de Charcot, el cirujano debe **considerar la amputación** ya que en pacientes diabéticos con osteomielitis de la cabeza metatarsal a pesar de la escisión inicial del hueso infectado, la extensión de la infección a los metatarsianos adyacentes es común.*

***La amputación temprana debajo de la rodilla puede ser un procedimiento definitivo y más seguro en comparación con procedimientos más conservadores,** los cuales deben evitarse si la condición de los tejidos blandos no permite el cierre con márgenes saludables.³⁰*

Dentro de los tipos de amputación recomendados por las guías de práctica clínica para el manejo integral del pie diabético del adulto en el segundo nivel de atención, la amputación infracondílea (por debajo de la rodilla) o transtibial es considerada una amputación mayor que preserva la articulación de la rodilla, lo que facilita la instauración de prótesis. El peso no lo soporta el muñón sino el extremo proximal

de la tibia, siendo importante conservar el peroné porque proporciona una estructura piramidal al muñón que le procura una buena estabilidad.²

Las indicaciones para la amputación infracondílea son:

- *Fracaso en la amputación transmetatarsiana.*
- *Gangrena de pie que invade la región metatarsiana e impide realizar amputación a este nivel.*

Las contraindicaciones son:

- *Gangrena extensa de la pierna.*
- *Articulación de la rodilla en flexión irreductible de más de veinte grados.*
- *Pacientes que por sus condiciones generales, no será fácil colocar una prótesis.*

Precauciones específicas:

- *La tibia no debe sobrepasar la longitud de los colgajos musculares laterales ya que implicaría una sutura a tensión del muñón con riesgo de fracaso en la cicatrización.*
- *No debe quedar excesivamente corta, ya que dificultaría la colocación de la prótesis.*

Debe colocarse una férula posterior para evitar la contractura en flexión de la articulación.

En el presente caso, si bien no hay evidencia de planeación quirúrgica alguna para establecer el nivel de amputación, ante la descripción de los hallazgos quirúrgicos de tejido no viable por arriba de tobillo, la ablación transtibial era el nivel recomendado en la literatura médica especializada, al estar afectada la región metatarsiana.

Durante el periodo posoperatorio inmediato (primeras 24 horas) se documentó en nota de evolución de Medicina Interna a las 11:00 horas que el paciente presentó dolor intenso en área quirúrgica por lo que se administró buprenorfina.

La amputación es una intervención compleja, cuyas complicaciones constituyen a menudo el fracaso de la intervención y repercusiones sistémicas graves. Dentro de las principales se encuentran:

- *Hematomas. Cuyas consecuencias son el incremento de la presión interna del muñón, la isquemia secundaria y la infección.*
- *Infección. Complicación muy grave que en la mayoría de los casos hace fracasar la amputación y deteriora gravemente la situación general del enfermo. Se manifiesta en forma de dolor en el muñón y suele ir acompañado de fiebre y leucocitosis. En estos casos, la reintervención es indispensable para evitar la extensión de los tejidos necrosados y la difusión de la infección.*
- *Fracaso en la cicatrización: Consecuencia de una inadecuada elección del nivel de amputación.*
- *Percepción de la extremidad amputada “síndrome de miembro fantasma” que consiste en la sensación de seguir percibiendo físicamente no sólo la parte de la extremidad amputada, sino además con la sintomatología de dolor isquémico preoperatorio. Este tipo de complicación se advierte con mayor frecuencia en las amputaciones supracondíleas.*
- *Contractura en flexión de la articulación de la rodilla o cadera por dolor en el muñón.⁶⁴*

En ese orden de ideas, el paciente fue egresado el 03 de abril de 2017, con buprenorfina parches de 20 mg, un cuarto de parche cada 72 horas, gabapentina 400 mg cada 24 horas, paracetamol por razón necesaria y ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por 7 días.

⁶⁴ *Álvarez J, Carreño J, Rodríguez J. Amputaciones en el pie diabético. En: J. Marinello Roura. Tratado de pie diabético. 1ª edición. España: Jarpyo editores; 2002. P. p. 129-137*

Con el carácter de pruebas para mejor proveer, esta Comisión se allegó de radiografías en proyecciones AP y lateral de tobillo, así como dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo del 18 de octubre de 2016 (22. *Cinco placas radiográficas, exhibidas por la parte actora.*), las cuales muestran que ya se contaba con calcificación vascular, presencia de osteofitos en región anterior-distal y lateral a nivel de la base de la falange de primer dedo y una imagen circunscrita radiolúcida a nivel del dorso de la articulación metatarsfalángica del quinto dedo; empero **sin evidencia de alteraciones óseas estructurales, ni presencia de gas en tejidos blandos**; fotográficas que si bien es cierto, anteceden a los hechos motivo de la atención controvertida en el juicio arbitral, sí aportan elementos para saber que se trataba de un pie en riesgo que **no presentaba datos de complicaciones**.



18/10/2016

Radiografía AP y lateral de tobillo izquierdo, sin alteraciones óseas estructurales, con presencia de calcificaciones arterio-venosas en región anterior de articulación tibio-peroneo-astragalina.



18/10/2016

Radiografía dorso- plantar y oblicua de pie marcada como derecho (sic) en la que se observa a nivel de la falange distal de primer rayo presencia de osteofitos en región anterior-distal y lateral a nivel de la base de la falange, sin presencia de gas o imágenes líticas y presencia de calcificación vascular lateral.

Asimismo se observa una imagen circunscrita radiolúcida a nivel del dorso de la articulación metatarsofalángica del quinto orjejo.

*Así, luego de lo precedentemente expuesto, **está plenamente demostrada la mala práctica negligente, descuidada y omisiva, durante la atención médica hospitalaria del C. XXXX, misma que se prolongó en forma continua y reiterada en el nosocomio demandado, a pesar de que ante el cuadro clínico que presentaba al momento de su atención, existía la obligación de extremar el deber de cuidado y previsión en beneficio de su estado de salud, primordialmente con el fin de que no se actualizaran los riesgos, como sucedió en este caso, derivado de la mala práctica observada a lo largo de su atención.***

Por otro lado, si bien el demandado argumentó que es un paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada y que consta en el expediente clínico del paciente, siendo evidente una culpa inexcusable, falta de cuidado y negligencia del propio paciente en el cuidado su salud, desde luego no imputable a su representada. Lo cierto es, que al demandado no se le atribuye la patología de base del paciente, sin embargo, quedó fehacientemente demostrado que al momento de su atención médica especializada, la consecuencia sufrida era prevenible y evitable, es decir mediante los diagnósticos y tratamientos debidos y oportunos. En ese tenor, la condición o cuadro de salud del paciente, en forma alguna justifica el incumplimiento de los deberes médico hospitalarios a cargo del demandado; así tampoco que se le privara de la oportunidad de un manejo correcto y oportuno; tal y como ha sido razonado a lo largo del presente.

Por consiguiente, el demandado tampoco probó su argumento de defensa: "... consta en autos en el expediente clínico del paciente, hoy actor arbitral, se advierte que contrario a lo falsamente manifestado por éste, la atención médica que le fue brindada por sus médicos tratantes, fue oportuna, adecuada, eficiente, apegada a la literatura médica universal del caso concreto, no apreciándose elementos alguno de mala práctica médica."

En la especie, se insiste, el hospital demandado actuó en desapego a las obligaciones que en principio le son inherentes en su carácter de prestador de servicios de salud, así mismo, su personal médico brindó la atención sin atender las obligaciones de medios diagnóstico-terapéuticas acorde a las condiciones clínicas del paciente, lo cual a pesar de que era prevenible y evitable, permitió la persistencia y progresión del proceso infeccioso, con la consecuente pérdida del segmento corporal izquierdo.

Por el contrario, resultaron atendibles los hechos contenidos en la queja del actor, al manifestar: "el 14 de febrero acudí al Hospital XXX, me realizan una curación y colocan vendaje de Jones, indicando curaciones con medio litro de cloro, vinagre y

agua, sin embargo la evolución es mala, inflamándose mi pie, más acompañado de olor fétido, por lo que el 27 de febrero al acudir nuevamente al Hospital deciden internarme, sin embargo transcurre un mes sin ser valorado, ni realizar curaciones, hasta el 27 de marzo un mes después que se presenta el Dr. XXX, Cirujano General, quien me **dice una disculpa por la falta de atención pero que apenas le habían avisado de mi internamiento, por lo que me dice que mi pie estaba muerto y gangrenado, por lo que el 28 de marzo de 2017 me ingresan a quirófano teniendo que amputar mi pierna izquierda por debajo de la rodilla.**”

Lo determinado como antecede, encuentra también sustento, por igualdad de razones, con el siguiente criterio:

Décima Época. Registro: 2004743. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tesis Aislada (Administrativa). Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, Octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Civil. Tesis: I.4o.A.90 A (10a.). Página: 1840.

PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA. El ejercicio de la medicina está fundamentado en que el profesional que la practica: a) posee conocimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y, d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes. Así, el objetivo de la evaluación respectiva es identificar si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada, así como en la adopción de una tecnología sanitaria o procedimiento médico pertinente; todo este proceso debe ser realizado con la debida diligencia, pericia y prudencia. En este contexto, la indicación médica y la lex artis son dos

conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos. La indicación médica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica, mientras que en la lex artis se trata, una vez emitido ese juicio, de aplicar adecuada y correctamente el tratamiento indicado. Consecuentemente, la indicación responde al "sí del tratamiento", a si debe aplicarse ésta u otra medida, mientras que la lex artis se refiere al "cómo del tratamiento", al procedimiento o método que se ha de seguir; distinción que es relevante, pues la práctica médica se ajustará a la técnica correcta y será conforme, por tanto, a la lex artis, cuando no sea contraria a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido, tomando en cuenta que el ejercicio profesional no termina en la sola competencia del médico para la toma de decisiones frente a una situación clínica determinada, ya que existen además actitudes de alto valor moral que deben acompañar a todo acto médico, pues el actuar profesional debe ser enriquecido con virtudes tales como el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado, el conocer responsablemente los límites de su capacidad y, sobre todo, la prudencia.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Revisión fiscal 147/2013. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de la Función Pública, encargado de la defensa jurídica del titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 20 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Jean Claude Tron Petit. Secretario: Alfredo A. Martínez Jiménez.

Por otro lado, para el otorgamiento de los servicios de mérito, el demandado tenía a su cargo al tenor del citado Reglamento, el cumplimiento de las obligaciones que le son propias a las instancias hospitalarias, y que se resumen en **establecer y**

vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios a su cargo, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las disposiciones sanitarias; y, contar con los recursos físicos, tecnológicos y humanos suficientes e idóneos. Lo cual, en los términos ya ampliamente razonados, no demostró el prestador demandado.

Por tanto, se encuentra probada la mala práctica en la atención del paciente XXX, a cargo del demandado Hospital XXXX, atendiendo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se brindó la atención, en los términos ampliamente descritos en los párrafos que anteceden.

En efecto, es un hecho cierto, que el C. XXX al contar con el beneficio de recibir del nosocomio demandado, “el servicio médico integral de segundo y tercer nivel que incluye consulta especializada para pacientes internos y externos, atención de urgencias hospitalarias, quirúrgicas, hospitalización, suministro de medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete necesarios a pacientes hospitalizados.”, solicitó atención especializada al demandado, y que en tal virtud, atendiendo a lo previsto en el **Artículo 32 de la Ley General de Salud, y 7º Fracciones I y II de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**, dicho prestador asumió el deber de otorgar al paciente hoy actor, el conjunto de servicios médicos que necesitaba y que el Sanatorio Obregón estaba obligado a ofrecer, con el fin de **proteger, promover y restaurar su salud**. En esos términos, a fin de cumplir el cometido constitucional señalado en el Artículo 4º inherente al derecho a la protección de la salud, el demandado **quedó obligado por ministerio de ley a cumplir el mínimo de obligaciones de medios para otorgar la atención médica al paciente.**

De acuerdo a lo anterior, el demandado también quedó obligado por mandato expreso de los **artículos 51 de la Ley General de Salud y 48 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica** a otorgar servicios

médicos oportunos y de calidad idónea, a otorgar atención profesional y éticamente responsable y, a brindar a la paciente trato respetuoso y digno.

A mayor abundamiento, la carga probatoria del demandado era demostrar cómo atendió las obligaciones que en su carácter de prestador del servicio de atención médica hospitalaria le impone tanto la legislación antes glosada, así como el contrato de subrogación que le fue adjudicado, se otorgó mediante subrogación, y demostrar que en la especie aseguró la correcta atención del paciente, que empleó los recursos necesarios, personales, físicos y tecnológicos, que asignó lo necesario para la atención del paciente, hasta la resolución definitiva del problema y, que adoptó las medidas necesarias que en su carácter le imponía el presente caso.

En ese sentido, por igualdad de razones, se invocan las tesis cuya identificación se enuncia como sigue:

Décima Época. Registro: 2008751. Instancia: Primera. Tesis Aislada. Materias Constitucional, Administrativa. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro 16, Marzo de 2015, Tomo II. Tesis: 1a.CXXII/2015 (10a.). Página: 1117.

SERVICIOS DE SALUD. LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL MÉDICO DERIVADAS DE SU PRESTACIÓN EN LOS HOSPITALES PRIVADOS NO SE LIMITAN A LAS DISPOSICIONES DE DERECHO PRIVADO. *La actuación de los hospitales privados y de su personal médico tiene repercusiones en la protección de la salud de los pacientes, lo cual reviste un interés de carácter público, por lo que excede el mero interés de los particulares, al ser una meta inherente del Estado Mexicano, de manera que los profesionales de la salud pueden tener un deber concreto, derivado del contrato de prestación de servicios, pero también uno que va más allá de lo pactado o convenido por las partes, consistente en observar los estándares correspondientes a su profesión; de ahí que las obligaciones derivadas de la*

prestación de servicios de salud en los hospitales privados no se limitan a las disposiciones de derecho privado.

Amparo en revisión 584/2013. 5 de noviembre de 2014. Cinco votos de los Ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo ebollado, quienes reservaron su derecho para formular voto concurrente, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, quien reservó su derecho para formular voto concurrente. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Ignacio Valdés Barreiro.

Décima Época. Registro: 2008747. Instancia: Primera Sala. Tesis Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro 16, Marzo de 2015, Tomo II. Materia(s): Civil. Tesis: 1a.CXVII/2015 (10a.). Página: 1112.

RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS HOSPITALES PRIVADOS DERIVADA DE LA NEGLIGENCIA DE SUS MÉDICOS. CARGA DE LA PRUEBA. En los casos de responsabilidad civil de los hospitales privados, derivada de la negligencia de sus médicos, resulta excesivo establecer que el usuario del servicio de salud debe demostrar la relación laboral o profesional entre aquéllos y el hospital para que proceda la responsabilidad civil de ambos, pues no sólo llevaría la carga de ser víctima de la mala praxis o del acto que motivó el daño, sino que judicialmente sería revictimizado, al obligársele a probar una cuestión fuera de su alcance. En esas condiciones, los usuarios de los servicios de atención médica, así como sus familiares, están en una condición de desventaja por el desconocimiento del personal del hospital que tiene la calidad de empleado y la de independiente, pues no están enterados de las complejidades técnicas de los acuerdos contractuales y de empleo entre el hospital y el personal que opera ahí, al contrario del hospital, que sí tiene conocimiento y, además, decide cómo organizarse y representarse. De ahí que el usuario de los servicios de salud privada, al estar en una posición de desventaja frente a la institución médica, no tiene la carga de la prueba.

Amparo en revisión 584/2013. 5 de noviembre de 2014. Cinco votos de los Ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo Rebolledo, quienes reservaron su derecho para formular voto concurrente, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, quien reservó su derecho para formular voto concurrente. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Ignacio Valdés Barreiro.

*En la especie, es decir en la atención del paciente XXX, el demandado NO observó el cumplimiento de las obligaciones de medios que tenía en su carácter de prestador de servicios de atención médica, ya que no proporcionó el servicio y la atención que requería el estado de salud del paciente XXX, a los cuales se encontraba obligado tanto contractual como extracontractualmente, lo que ocasionó el daño referido por el hoy actor: **“el tratamiento médico inadecuado e inoportuno derivó en la amputación de la pierna izquierda por debajo de la rodilla”**.*

Consecuentemente, es perfectamente procedente que el Hospital demandado responda, atendiendo a la pretensión de indemnización reclamada por la parte actora y lo probado en autos, según se razona de manera fundada y motivada, en apego a lo convenido por las partes en el acuerdo arbitral, de conformidad con lo previsto en los artículos 1910, 1915, 2025, 2104, 2107 y 2110 del Código Civil Federal, estableciendo el último referido, que los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación; lo cual se demostró en este juicio arbitral.

F.) Valoración de las excepciones y defensas opuestas. *Se procede al estudio de las excepciones y defensas opuestas por el Hospital demandado en su escrito presentado el XXXX, durante el periodo probatorio del juicio arbitral, es decir posteriormente a la firma del Acuerdo Arbitral.*

La parte demandada hizo valer lo siguiente:

- *La de falta de acción y derecho.- El hoy actor arbitral, **reclama únicamente de mi mandante, persona moral, no médico, sin haber mencionado y***

mucho menos reclamado prestación alguna de los médicos que le brindaron atención médica, es decir de sus médicos tratantes que intervinieron en el tratamiento de su padecimiento y bajo el simple argumento, sin sustento médico alguno de: “CONSIDERO QUE LA ATENCIÓN OTORGADA NO FUE ADECUADA NI OPORTUNA”

- **De lo anterior es de considerarse que la queja, la acción intentada, es notoriamente improcedente e infundada en virtud de que el hoy actor arbitral únicamente demandó de mi mandante, persona moral, no médico, las prestaciones contenidas en el correspondiente capítulo de su escrito de queja y si bien pudiera pensarse que existe una responsabilidad civil solidaria para todos aquellos que intervinieron en la atención médica brindada a la precitada paciente (sic), y que de conformidad con los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud, ésta es el conjunto de servicios médicos que se proporcionan al paciente como el fin de proteger, promover y restaurar la salud, siendo entre otras actividades preventivas que incluyen las de protección específica y curativas que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.**
- **Atento a lo anterior deberá considerarse y no perderse de vista que en todo el hospital se requiere, entre otros, de médicos y enfermeras y que cuando se estudia una posible negligencia médica es dable hacer un análisis atendiendo única y exclusivamente a una de las partes que integran la atención médica, en este caso, los médicos en virtud de que en las instituciones que brindan servicios de salud, la atención se encuentra dividida en diferentes actividades a cargo de diversas áreas y especialidades en las que intervienen varias personas que serán responsables de su actuar de acuerdo al servicio proporcionado, imagenología, ultrasonido, cirugía, etc., toda vez que la atención médica es un conjunto de servicios y dependiendo del caso concreto deberá especificarse, en su caso, cuál fue el daño causado para determinar qué área es responsable y persona en particular.**

- ***En el caso que nos ocupa la parte actora únicamente se limita a formular su infundada e improcedente queja en contra de mi mandante, persona moral, no médico.***
- ***De igual forma, no debe perderse de vista que la atención médica no se integra de un solo acto, sino de un conjunto de actos individuales y perfectamente delimitables a cargo de diversos integrantes del equipo de salud, por lo que si bien, la atención médica debe ser estudiada en su integridad, esto no implica que se trate de obligaciones solidarias pues debe existir una suerte de plus petitio y sería más que incongruente que en su caso se llegare a obligar al Hospital, mi mandante, persona moral, no médico, al pago de una indemnización cuando este no es responsable directo en su caso de una mala praxis, fijando un criterio de responsabilidad extensiva y solidaria ex officio que no tiene sustento legal, no siendo atribuible responsabilidad civil médica a un hospital sin sustento, sino que es necesario un estudio de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en los distintos actos médicos a fin de determinar que las obligaciones son divisibles no solidarias máxime como lo es el caso que nos ocupa, el personal médico privado no está sujeto a la dirección, dependencia, supervisión de las instituciones y sería un absurdo jurídico que todo el personal o institución pudiera ser condenado indiscriminadamente por un acto autónomo de alguno de ellos, lo cual es contrario a la ley.***

En los precitados términos, la excepción que hace valer el demandado, así como las defensas y argumentos opuestos, resultan notoriamente improcedentes en razón de lo que se motiva a continuación.

En principio, el prestador pretende desconocer el pacto arbitral en el que por conducto de su Apoderado externó su voluntad de participar en el arbitraje. Sin embargo, en este caso, tal y como lo establece el artículo 3° del Reglamento de

*Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de esta Comisión, atendiendo a la voluntad de las partes y una vez agotada la instancia conciliatoria, el C. XXXX y el Hospital XXXX, voluntariamente sometieron su controversia a la etapa decisoria del proceso arbitral, por lo que en fecha XXXX suscribieron el Acuerdo Arbitral (Instrumento otorgado por las partes capaces y en pleno ejercicio de sus derechos civiles por el cual designan a la CONAMED para la resolución arbitral); en el cual determinaron el negocio sometido al conocimiento de esta Comisión, es decir quedó precisada la litis a resolver, aceptaron las reglas del procedimiento fijadas en el Reglamento citado, señalando además las reglas especiales para su tramitación. Al respecto, el Hospital por conducto de su Apoderado, se hizo sabedor de los hechos que integraron la queja del hoy actor, de acuerdo con el contenido del acta de comparecencia celebrada durante la etapa conciliatoria el XXXX (visible a foja XX del expediente arbitral), incluso presentó informe médico de la atención médica proporcionada por dicha instancia al paciente XXXX; por ende, durante la etapa conciliatoria del procedimiento arbitral conoció **el motivo de queja, el cual claramente se refiere a la atención médica que se otorgó en el Hospital que representa.***

Como fue reproducido en líneas anteriores, el objeto del arbitraje fijado por las partes, consistió en lo siguiente: 1. Establecer, si “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, actuó o no, con negligencia, impericia o dolo, en la atención proporcionada a la parte actora. 2. Determinar, si “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, por la atención que estima irregular “LA PARTE ACTORA”, deberá acceder a su pretensión consistente en: EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN POR EL DAÑO OCASIONADO. 3. Establecer si por el contrario, “EL PRESTADOR DEL SERVICIO, PARTE DEMANDADA”, actuó correctamente en la atención brindada y por ello debe ser absuelto del pago de la prestación reclamada.

En esa inteligencia, no resulta procedente pretender desconocer el cumplimiento de obligaciones que expresamente asumieron las partes en el pacto arbitral, toda vez que esta Comisión Nacional únicamente actuó atendiendo a su voluntad, la cual quedó plasmada desde el momento que solicitaron que la controversia se sometiera a la etapa decisoria que ofrece esta Comisión. De tal manera, que es suficiente que se actualicen los supuestos previstos en el objeto del arbitraje, para que se produzcan las consecuencias establecidas para las partes firmantes.

*Ahora bien, por cuanto hace a los argumentos del demandado en relación a que la parte actora únicamente se limitó a formular queja en su contra, **persona moral, no médico**; que la atención médica no se integra de un solo acto, sino de un conjunto de actos individuales y perfectamente delimitables a cargo de diversos integrantes del equipo de salud, por lo que si bien, la atención médica debe ser estudiada en su integridad, esto no implica que se trate de obligaciones solidarias pues debe existir una suerte de plus petitio y sería más que incongruente que en su caso se llegare a obligar al Hospital, persona moral, no médico, al pago de una indemnización cuando éste no es responsable directo en su caso de una mala praxis, fijando un criterio de responsabilidad extensiva y solidaria ex officio que no tiene sustento legal, no siendo atribuible responsabilidad civil médica a un hospital sin sustento, sino que es necesario un estudio de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en los distintos actos médicos a fin de determinar que las obligaciones son divisibles no solidarias máxime como lo es el caso que nos ocupa, el personal médico privado no está sujeto a la dirección, dependencia, supervisión de las instituciones y sería un absurdo jurídico que todo el personal o institución pudiera ser condenado indiscriminadamente por un acto autónomo de alguno de ellos, lo cual es contrario a la ley.*

Al respecto, es menester señalar, que el Sistema Nacional de Salud es el encargado de prestar los servicios de salud y está constituido por las dependencias y entidades

de la administración pública, así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, las que tienen entre sus objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos. Sistema en el cual se encuentra el Hospital demandado en este caso.

Los servicios de salud son las acciones realizadas **en beneficio de las personas**, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud, entre las cuales se encuentra la atención médica, misma que se clasifica en: preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa. Las actividades curativas tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno.

En ese orden de ideas, si bien es cierto que los servicios de salud tienen una naturaleza integral que los hace complejos, en virtud de la pluralidad de entes que participan y por la diversidad de actividades que éstos desarrollan en torno a la salud, también es cierto, que es precisamente la integralidad del Sistema Nacional de Salud, lo que puede llevar a diversas responsabilidades atendiendo a la participación y al tipo de daño causado; pues es innegable que en términos generales, **los hospitales privados tienen una participación trascendental en el desarrollo del sistema de salud y que el objeto de su operación, a diferencia de otro tipo de establecimientos mercantiles, es de interés público y de una protección constitucional al tratarse de la salud, la integridad física y la propia vida de las personas.** (Amparo en revisión 584/2013. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. 5 de noviembre de 2014).

En ese sentido, efectivamente la responsabilidad civil de los hospitales privados puede ser de diversa índole, atendiendo como lo refiere el demandado, a las circunstancias de cada caso, pudiendo derivar tanto de acciones como de omisiones que generan afectaciones a las personas, las cuales pueden ser objeto de lo establecido en los contratos suscritos con los usuarios, o bien contratos en los que los usuarios de los servicios médicos son beneficiarios en virtud de los acuerdos

celebrados por terceras personas, sin embargo pueden resultar afectados con motivo de los servicios contratados, tal y como sucedió en el caso que nos ocupa.

En esas condiciones, los beneficiarios de estos servicios de atención médica, se encuentran en una condición de desventaja, al desconocer las condiciones del servicio de salud al que tienen derecho, así como las complejidades técnicas de los instrumentos contractuales; lo que en este caso cabe aclarar, sí es del conocimiento del hospital demandado.

Bajo dicha premisa, el demandado argumentó a lo largo de su defensa, ser únicamente prestador de **servicios hospitalarios no médicos, que el personal médico privado, que atendió al paciente Ruiz Aranda, no está sujeto a la dirección, dependencia, supervisión de las instituciones y sería un absurdo jurídico que todo el personal o institución pudiera ser condenado indiscriminadamente por un acto autónomo de alguno de ellos, lo cual considera es contrario a la ley.**

Los argumentos del demandado son claramente improcedentes y desde luego no resulta contrario a la ley establecer condena en su contra, pues en este caso, **los alcances de la prestación de sus servicios y consecuentemente la responsabilidad a la que debe responder y que le es atribuible de manera directa, sin que se pueda considerar un régimen de solidaridad obligacional ni atender a la supuesta autonomía de los participantes del servicio, pues aunado a lo motivado y fundado, quedó perfectamente acreditada mediante la prueba para mejor proveer allegada a juicio por esta Comisión Nacional, consistente en el Contrato N° CPPA/LPN/002/17, que le fue adjudicado en licitación pública por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, por el cual, durante el ejercicio del año de dos mil diecisiete, se le **subrogó el servicio consistente en proporcionar a los miembros de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, la prestación del servicio médico integral de segundo y tercer nivel que incluye consulta especializada para pacientes internos y externos,****

atención de urgencias hospitalarias, quirúrgicas, hospitalización, suministro de medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete necesarios a pacientes hospitalizados; documento que además, establece los alcances y particularidades del servicio.

*En principio, el Hospital demandado quedó obligado por ministerio de ley, a responder por la citada prestación del servicio médico integral de segundo y tercer nivel, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 94, Capítulo XIII, De los Servicios Médicos, de las Reglas de Operación del Plan de Previsión Social de los Miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el veinticinco de octubre de dos mil uno, mismo que prevé que **los servicios médicos pueden ser prestados por la Caja, en forma directa o por medio de contratos y convenios que para tal efecto se establezcan para este fin de conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal y el Plan de Previsión de los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal.***

*El segundo párrafo del artículo establece, que en tales casos, **las empresas e instituciones que hubiesen suscrito esos convenios o contratos, estarán obligadas a responder directamente de los servicios.** Bajo ese tenor, el demandado resultó beneficiado con la adjudicación del contrato de subrogación de servicios.*

Las especificaciones, descripciones, alcances y particularidades de la multicitada prestación de servicios, quedaron señaladas en el clausulado del instrumento contractual y en su Anexo Técnico N° 1; de los cuales destaca lo siguiente:

En la declaración II.3, el proveedor del servicio Sanatorio y Servicios Médicos Obregón, S.A. de C.V., manifestó:

Contar con experiencia profesional, personal capacitado, así como con la infraestructura, capacidad técnica, material, financiera y legal suficiente, que le permite obligarse y cumplir con todos los requerimientos que se deriven del instrumento contractual utilizando para ello todos sus recursos materiales, técnicos y humanos.

Así, contrario al argumento de defensa, en el sentido de que el Hospital demandado únicamente se obligó a prestar servicios hospitalarios no médicos, lo cierto es, que el compromiso asumido consistió en **la prestación del servicio médico integral de segundo y tercer nivel que incluye consulta especializada para pacientes internos y externos, atención de urgencias hospitalarias, quirúrgicas, hospitalización, suministro de medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete necesarios a pacientes hospitalizados.**

Entre otros, en la cláusula Séptima. Forma y términos para la prestación de los servicios, el proveedor Sanatorio y Servicios Médicos Obregón, S.A. de C.V., se obligó a:

- a) Brindar servicio de consulta externa de especialidades de las especialidades y subespecialidades mencionadas en el Anexo Técnico N° "1".
- b) Brindar atención de urgencias médicas y quirúrgicas en todas las especialidades y subespecialidades mencionadas en el Anexo Técnico N° "1".
- c) Contar con el personal que señala el Anexo Técnico No."1", **el cual debe ser suficiente y debidamente capacitado para la prestación del servicio médico, hospitalarios, quirúrgicos y de urgencias de especialidades de atención,** objeto del presente instrumento contractual.

En relación con dichos compromisos y por cuanto hace al apartado de recursos humanos, en el referido Anexo Técnico N° "1", el proveedor XXXX, especificó de manera enunciativa:

RECURSOS HUMANOS

7.6. CONSULTA EXTERNA

“8.1.3 Se presenta por escrito la plantilla de los especialistas, con horarios y días de trabajo conforme a la demanda para la prestación de los servicios médicos de consulta externa, hospitalización y urgencias, con cédula profesional o Consejo de la especialidad correspondiente conforme a la relación enunciativa, no limitativa, del subnumeral 8.1.5 de este Anexo Técnico, a constatar en la visita técnica, para la prestación de los servicios médicos integrales de hospitalización, urgencias y consulta externa, considerando contar con el suficiente número de médicos por especialidad.

8.1.5 Especialidades Médicas enunciativas, no limitativas: Alergología, Anestesiología, **Angiología**, Cardiología, Cardiología pediátrica, **Cirugía general**, Cirugía cardiovascular, Cirugía laparoscópica, Dermatología, Foniatría, **Endocrinología**, **Medicina Interna**, Epidemiología, Gastroenterología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Neurología Pediátrica, Nefrología, Oftalmología, Infectología, Oncología médica, Oncología quirúrgica, **Ortopedia y Traumatología**, Otorrinolaringología, Medicina física y rehabilitación; entre otras.

8.2 URGENCIAS

8.2.1 Los pacientes que ingresen al servicio de urgencias deberán ser valorados en un tiempo no mayor a una hora y atendidos por los especialistas.

8.3 CIRUGÍA

8.3.1 Contamos con el número suficiente de las diversas especialidades, así como anesthesiólogos para satisfacer las necesidades de los pacientes: Elementos, Pensionados y Derechohabientes de "La CAPREPA", atendiendo las necesidades quirúrgicas las 24 horas de los 365 días del año.

8.4.1 Contamos con médicos especialistas de guardia permanente las 24 horas los 365 días del año en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Ginecología y/o Obstetricia, Traumatología y Ortopedia y pediatría. Además de médicos generales de apoyo, personal de enfermería y trabajo social suficientes.

8.4.2 Nos comprometemos a que en un periodo de dos meses a partir del inicio del contrato, todo el personal médico contará con seguro de protección médico legal o similar.

8.4.4 Del personal médico se presentó un directorio que contiene nombre, firma, especialidad y número de cédula profesional; cédula de especialidad o consejo.

8.4.5 Contamos con el suficiente personal médico, paramédico y administrativo en cada piso para la atención de los pacientes de "La CAPREPA".

7.6.1. Se cuenta con personal médico para la atención y solución de asuntos de carácter administrativo, como son: control y envío de resúmenes clínicos, informe sobre estado de salud de los pacientes hospitalizados, trámite de traslado de pacientes que requiere la atención de un tercer nivel, informe de defunción, casos médicos-legales y demás que "La CAPREPA" dicho personal administrativo (dirección médica y asistentes) estará disponible las 24 horas de los 365 días del año, proporcionando el medio de localización de los mismos.

8.5 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

8.5.1 Contamos con un responsable general del servicio, especialista en Terapia Intensiva o

Medicina Interna.

8.5.3 Contamos con el personal médico, paramédico y administrativo suficiente para la atención de los pacientes de "LA CARRERA"

8.5.4 Dicho personal deberá presentar constancia que acredite su especialidad.

9 SERVICIOS DE APOYO (PROPIOS)

Para la atención de los pacientes hospitalizados, de cirugía y urgencias, los servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonografía e Imagenología, Banco de Sangre, Farmacia, Ambulancias, Vigilancia y Limpieza deben contar con los siguientes recursos:

9.1 LABORATORIO

9.1.1 Un responsable sanitario del servicio y apego a los numerales 4.3 al 4.3.2 de la NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

9.1.2 Un responsable del servicio por turno.

9.1.3 Contamos con suficiente personal técnico y de apoyo que cubra el perfil necesario en cada una de las distintas secciones del laboratorio (técnicos laboratoristas y auxiliares de laboratorio), para que funcione de manera óptima las 24 horas.

9.2 RAYOS X, ULTRASONOGRAFÍA E IMAGENOLOGÍA.

9.2.1 Contamos con un responsable de operación y funcionamiento (médico radiólogo con Certificación del Consejo correspondiente) en apego a la NOM-229-SSA1-2002.

9.2.2 Contamos con un responsable de cada sección del servicio por turno.

9.2.3 Contamos con suficiente personal técnico y de apoyo que cubra el perfil necesario en cada una de las distintas áreas de servicio (Rayos X,

Ultrasonografía, Tomografía. Resonancia Magnética), para el funcionamiento óptimo las 24 horas.

9.3 FARMACIA

9.3.1 Contamos con un responsable de operación y funcionamiento.

9.3.2 Contamos con un responsable de operación del servicio por turno.

9.3.3 Contamos con suficiente personal técnico y de apoyo que cubra el perfil necesario en cada una de las distintas actividades del servicio, para asegurar la calidad y oportunidad en el mismo las 24 horas.

9.4 BANCO DE SANGRE.

9.4.1 Contamos con un responsable para su funcionamiento en apego a la NOM-253-SSA1-2012.

9.4.2 Contamos con un responsable del servicio por turno.

9.4.3 Contamos con suficiente personal químico y técnico de apoyo, que cubra el perfil necesario, para el funcionamiento óptimo del servicio las 24 horas.

*Así, tal y como se desprende de la citada documental pública, existe evidencia suficiente y bastante que demuestra plenamente que bajo el amparo de dicho contrato, el Hospital demandado asumió el compromiso de otorgar al paciente **XXXX, el servicio de atención médico integral de segundo y tercer nivel, el cual incluyó proporcionar con la calidad idónea el conjunto de servicios que intervinieron en su atención médica hospitalaria, es decir, en este caso la prestación del servicio constituyó una unidad jurídico obligacional**, que debió atender el demandado en beneficio del estado de salud del paciente, lo cual no sucedió a pesar de los deberes asumidos contractualmente y de lo cual pretende ahora exonerarse, argumentando una supuesta autonomía de los participantes del servicio.*

De ahí, que en términos de las disposiciones glosadas, el demandado, en tanto prestador de servicios de atención médica, tenía a su cargo **un conjunto de obligaciones propias**, para lo cual señaló en su citado Anexo Técnico No."1", contar con el personal capacitado y suficiente; por ello **debió asegurarse que dicho personal otorgase servicios de calidad, de manera eficiente, oportuna e integral. Luego entonces, estaba obligado a supervisar que el personal especializado que designó en su citado Anexo, hiciera lo correcto y se brindara al paciente el apoyo necesario, tanto técnico, como humano.**

Por otro lado, en lo que se refiere a las excepciones del demandado:

- *La falta de acción y derecho.- Del actor arbitral atento al contenido de los diversos formatos denominados "Consentimiento bajo información", mismos que obran en el expediente clínico del paciente hoy actor, los cuales están suscritos tanto por éste y por su familiar responsable y en los mismos, estos reconocen y aceptan: "Manifiesto que no me reservo ninguna acción legal en contra del Hospital Obregón y de la Sociedad que la representa, quienes no se hace hacen responsable de los resultados de los tratamientos e intervenciones quirúrgicas, así como de la evolución del mismo, ya que ésta presta exclusivamente servicios hospitalarios. Toda la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones médicas recae exclusivamente en su médico tratante.*
- *Independientemente del contenido de dichos formatos, la parte actora al formular sus improcedente e infundada queja, no aportó elemento de convicción alguno para sustentar la misma, limitándose en su parte conducente a manifestar: "considero que la atención médica otorgada no fue adecuada ni oportuna".*

En el caso, formando parte integrante del expediente clínico, efectivamente obran varios formatos de Consentimiento bajo información, elaborados con motivo de diferentes procedimientos efectuados al paciente XXX en el Hospital demandado,

con los datos del paciente y firmas de éste, del médico tratante y de dos testigos. En efecto, los documentos contienen el texto citado en líneas anteriores por el demandado.

Sobre este punto, **se observa la inexactitud en la condición establecida por el demandado en sus formatos, en virtud de que a pesar de que se obligó a otorgar a los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), así como a sus beneficiarios, el servicio médico integral de segundo y tercer nivel, con las características y especificaciones anteriormente reproducidas y analizadas; contrario a dichas estipulaciones, hace constar por escrito e informa a los usuarios, que únicamente presta servicios hospitalarios;** es decir, el demandado parte de un falso supuesto, que incluso pudiera considerarse lesivo para los pacientes, quienes ante la creencia no conforme con la verdad, otorgan su autorización para determinados procedimientos; por lo tanto, la voluntad expresada o el consentimiento otorgado en dichos documentos, se entiende viciado y consecuentemente afectado de nulidad.

En lo que respecta a la falta de acción y derecho del actor para reclamar la indemnización por el daño ocasionado; resulta improcedente pues existe sustento médico y legal para la procedencia de la queja, en los términos claramente expresados y probados por la actora: **“el tratamiento médico inadecuado e inoportuno derivó en la amputación de la pierna izquierda por debajo de la rodilla.”**

De igual suerte es improcedente la excepción Plus petitio; pues de acuerdo con cada una de las consideraciones vertidas en esta resolución, el demandado no desvirtuó la acción intentada conforme a las constancias de autos; de acuerdo con el objeto del arbitraje el actor no se excede en su acción de pedir, pues se pactó por ambas partes en el acuerdo arbitral, y no revierte la carga probatoria, pues correspondía al demandado acreditar el cumplimiento de sus obligaciones

inherentes a la prestación de salud médica hospitalaria y el apego de su personal médico a la lex artis de la especialidad y no a la actora su cumplimiento.

*En efecto, el demandado expresamente mencionó en sus diversos escritos de defensa: "... De lo anterior y que así consta en autos en el expediente clínico del paciente, hoy actor arbitral, se advierte que contrario a lo falsamente manifestado por éste, **la atención médica que le fue brindada por sus médicos tratantes, fue oportuna, adecuada, eficiente, apegada a la literatura médica universal del caso concreto, no apreciándose elementos alguno de mala práctica médica.**", con ello el demandado asumió la carga de probar lo aseverado, lo cual no ocurrió, como ha sido exhaustivamente motivado y fundado en este laudo; bajo los principios de: quien afirma debe probar y corresponde al obligado probar su cumplimiento y no al beneficiario de la obligación su incumplimiento.*

G.) Valoración de la prestación reclamada. *La parte actora reclamó del demandado, el pago de una indemnización por el daño ocasionado, al considerar que **"el tratamiento médico inadecuado e inoportuno derivó en la amputación de la pierna izquierda por debajo de la rodilla."***

*Ante la afectación física y funcional demostrada, ocasionada por el demandado al paciente XXX, consistente en la pérdida del segmento corporal izquierdo, tal y como lo dijo este último, por debajo de la rodilla y la incapacidad producida consistente en la limitación para deambular; de conformidad con lo previsto en los artículos 1910, 1915 y 2110 del Código Civil Federal, resulta procedente condenar al demandado a su pago, considerando para tal efecto, la **incapacidad permanente parcial** ocasionada, con fundamento en lo establecido por artículos 492, 495, 514, así como la Tabla de valuación de incapacidades permanentes, todos de la Ley Federal del Trabajo, en relación con el Artículo Cuarto Transitorio del Decreto por el que se reformó la Ley Federal del Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012; de acuerdo con lo siguiente:*

- *Para calcular el monto indemnizatorio por la incapacidad permanente parcial de Jorge Adalberto Ruiz Aranda, el artículo 1915 del Código Civil Federal (aplicable al momento en que ocurrieron los hechos, del 14 de febrero al 3 de abril de 2017), establece que **el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo** y que para calcular la indemnización que corresponda, se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en el Distrito Federal (hoy Ciudad de México) y se extenderá al número de días que para la incapacidad mencionada señale la Ley Federal del Trabajo.*
- *En términos del **artículo 514 y apartado 146 de la Tabla de valuación de Incapacidades Permanentes, ambos de la Ley Federal del Trabajo, a la condición de la paciente le es equiparable rubro: Miembro inferior. Pérdidas. Apartado 146.- Por la amputación de la pierna, entre la rodilla y el cuello del pie. Con porcentaje de 55% a 65 % de indemnización.***
- *A la condición del paciente le corresponde **65% de indemnización**, lo cual es perfectamente procedente, atendiendo a la gravedad de la mala práctica, así como los incumplimientos atribuibles al nosocomio demandado, pues derivado de su atención el **paciente de 49 años de edad (al momento de la atención), miembro activo de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, sufrió la pérdida del segmento corporal izquierdo y consecuentemente se encuentra con limitación para deambular.***
- *Ahora bien, para el cálculo de dicho porcentaje, el artículo 494 de la Ley Federal del Trabajo establece que la cantidad máxima a pagar es la correspondiente a la incapacidad permanente total, y el artículo 495 señala para ésta el equivalente al importe de 1095 días de salario, luego entonces, 1095 días de salario significa el 100% para el cálculo de las indemnizaciones. De acuerdo con ello, el 65% de 1,095 días de salario son 711.75 días.*

- *De acuerdo con el artículo 485 de la citada ley laboral, la cantidad base para el pago de la indemnización, no puede ser inferior al salario mínimo, la Resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2016, fijó como salario mínimo general vigente en la República Mexicana, municipios y demarcaciones territoriales, a partir del 1º de enero de 2017 (año en el que ocurrieron los hechos), el de \$80.04 (Ochenta pesos 04/100 M. N.).*
- *De igual forma, resulta aplicable al presente asunto, en cuanto a la determinación del importe de la indemnización compensatoria, lo dispuesto en el Decreto por el que se declaran reformadas y adicionadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de desindexación del salario mínimo publicado en el Diario Oficial de la Federación del día miércoles 27 de enero de 2017. Así, el Valor Diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) para 2017, establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 10 de enero de 2017, vigente a partir del 1º de febrero de 2017, es de \$80.60 (Ochenta pesos 60/100 M.N.).*
- *Entonces, para obtener el cuádruplo que refiere el artículo 1915 del Código Civil Federal, se multiplica \$80.60 por cuatro, resultando la cantidad de \$322.40, lo que a su vez se multiplica por 711.75 días, de lo que se obtiene el total de **\$229,468.20 (Doscientos veintinueve mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos 20/100 M.N.)**, cantidad que debe pagar el demandado a la parte actora.*

El criterio de esta institución arbitral está soportado, además, en las referencias bibliográficas señaladas a continuación, las cuales integran los principios generalmente aceptados por la lex artis médica (conjunto de prácticas aceptadas generalmente como apropiadas para tratar pacientes) ad hoc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biehler-Gómez L, Castoldi E, Baldini E, et al. Diabetic bone lesions: a study on 38 known modern skeletons and the implications for forensic scenarios. *Int J Legal Med.* 2018.
2. Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. México. Secretaría de Salud; 3 de octubre de 2013.
3. *International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers.* Wounds International, 2013. Disponible en: www.woundsinternational.com
4. Del Castillo R, Fernández J, Del Castillo F. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Archivos de Medicina.* 2014; 10(2:1): 1-17
5. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2012.
6. Hobizal K, Wukich D. Diabetic foot infections: current concept review. *Diabetic Foot & Ankle.* 2012; 3:18409
7. Singer M, Deutschman C, Warren C, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016; 315(8): 801-810
8. Lipsky B, Berendt A, Cornia P, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. *CID* 2012:54.
9. Roldán A, Ibáñez P, Alba C, et al. Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). 2017
10. Guía de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en pie diabético. Asociación Mexicana de Cirugía General. A.C. México. 2014.
11. Lipsky BA, Berendt A, Gunner H, et al. Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2006; 117 (7S): 212S-238S.
12. American Diabetes Association. *Standars of medical care in diabetes.* 2018; 41(1).
13. Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Ciudad de México; CENETEC 2016.
14. Acuña J. Cetoacidosis diabética. En: Guilas A. *Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias* 6ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 275– 287
15. Kitabchi A, Umpierrez G, Miles J, et al. Hyperglycemic Crises in Adult Patients with Diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32(7): 1135-1343
16. Ficha técnica de ceftriaxona, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/64539/64539_ft.pdf

17. Paolinelli P. Ultrasonido doppler de extremidades inferiores para el estudio de la insuficiencia venosa. *Revista Chilena de Radiología*. 2009; 15(4): 181-189.
18. Salazar J, Serrano R. Ultrasonido doppler de miembros pélvicos en la insuficiencia arterial crónica: lo que el radiólogo debe reportar. *Anales de Radiología México* 2011; 3:174-178.
19. Selfa S. La ecografía doppler en el diagnóstico de isquemia crónica de MMII. Sociedad de radiología de la comunidad valenciana. Disponible en: http://www.srcv.org/repo/static/public/jornadasDoppler/08Doppler_Arterial.pdf.
20. Herranz de la Morena L. Índice tobillo brazo para la evaluación de la enfermedad arterial periférica. *Av Diabetol*. 2005; 21(3): 224-226.
21. *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica*. México: Secretaría de Salud; 2009
22. Ficha técnica ketorolaco, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/70098/70098_ft.pdf
23. Bader M. Diabetic foot infection. *American Family Physician*. 2008; 78(1): 71-79
24. Ficha técnica de ciprofloxacino, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/dohtml/ft/62300/FichaTecnica_62300.html
25. Ficha técnica de gentamicina, disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/59658/59658_ft.pdf
26. Bleeker J, Hogan W. *Thrombocytosis: Diagnostic Evaluation, Thrombotic Risk Stratification, and Risk-Based Management Strategies*. Thrombosis. 2011.
27. Ficha técnica ácido acético, disponible en: <http://dqisa.com/wp-content/uploads/2015/10/ACIDO-AC%C3%89TICO.pdf>
28. Manual del cloro, disponible en: [http://www.aniq.org.mx/pqta/pdf/Manual%20del%20Cloro%20\(LIT\).pdf](http://www.aniq.org.mx/pqta/pdf/Manual%20del%20Cloro%20(LIT).pdf)
29. Primerano A. Actualización: Problemas en los pies de los pacientes con diabetes (segunda entrega): evaluación y manejo de las infecciones. *Evid. actual. práct. Ambul*. 2008; 11(4):115-119
30. Malizos K, Gougoulas N, Daliliana Z, et al. Ankle and foot osteomyelitis: Treatment protocol and clinical results. *Injury, Int. J. Care Injured*. 2009; 41: 285-293.
31. Leotau M, Alonso H. Osteomielitis: Una revisión de la literatura. *Centro de estudios en salud*. 2010; 1(12): 135-145
32. Álvarez J, Carreño J, Rodríguez J. Amputaciones en el pie diabético. En: J. Marinello Roura. *Tratado de pie diabético*. 1ª edición. España: Jarpyo editores; 2002. P. p. 129-137.

Por lo expuesto, fundado y motivado, en términos de los artículos 80, 81 y 82 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, se

RESUELVE

PRIMERO.- Fue procedente el procedimiento de arbitraje para resolver el presente asunto.

SEGUNDO.- La parte actora XXXX, acreditó su acción y derecho a demandar la pretensión de indemnización, en los términos señalados en las consideraciones del presente laudo.

TERCERO.- El demandado Hospital XXXX, no acreditó sus excepciones ni defensas en relación a lo pretendido por el actor, en los términos discutidos en las consideraciones del presente, por ello se le condena a pagar al actor la cantidad total de **\$229,468.20 (Doscientos veintinueve mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos 20/100 M.N.)**, misma que deberá exhibir mediante cheque certificado o de caja, ante esta Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en un término de quince días hábiles, contado a partir del día hábil siguiente al en que se le notifique este laudo, para que se entregue a la parte actora.

CUARTO.- Esta Comisión actuó por el concurso de voluntad de las partes.

QUINTO.- Se recuerda a las partes que el procedimiento es confidencial.

SEXTO.- Notifíquese personalmente a las partes.

**COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DIRECTORA GENERAL DE ARBITRAJE"**

CONCLUSIONES

En tratándose de controversias relacionadas con la prestación de servicios de salud, el arbitraje como medio alternativo, constituye la opción más viable para resolver un conflicto cuando las partes no han podido llegar a un acuerdo a través de la negociación, la mediación o la conciliación; ya que se trata de un procedimiento más flexible en relación con la vía judicial, en la que se promueve un esquema de enfrentamiento de las partes y el uso de diversas estrategias procesales que, al aplicarse rompen el sentido humanista, de buena fe, colaboración y confianza que caracterizan a la relación médico paciente.

El arbitraje se desahoga bajo la modalidad de un juicio de expertos, lo que garantiza un pronunciamiento objetivo, imparcial y a bajo costo. Se caracteriza por la manera libre y voluntaria por el cual las partes deciden someter sus diferencias al conocimiento de un tercero al que le reconocen capacidad y especialización en la materia de la controversia, dándole facultades para resolver el conflicto en forma definitiva, con el compromiso de cumplir su decisión de manera voluntaria en virtud de la buena fe expresada en el compromiso o acuerdo arbitral.

El modelo de arbitraje implementado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, ha sido reconocido como referente nacional e internacional en la atención de controversias médicas.

Como parte de las Acciones puntuales derivadas del Objetivo prioritario 2., Estrategia prioritaria 2.3, del Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024 ⁶⁵, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020, se incluye la contenida

⁶⁵ Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020, en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#:~:text=El%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202020%20%2D%202024%20se%20estructura%20a,que%20constituye%20el%20primer%20objetivo.

en el numeral: “**2.3.8 Impulsar el uso de mecanismos alternativos, como son la conciliación y el arbitraje, para la atención de controversias y solución de conflictos en salud.**”

A pesar de que los mecanismos alternativos forman parte del documento sectorial rector mediante el cual el Gobierno de la República formula los objetivos, estrategias y líneas de acción, con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2020 – 2024⁶⁶; una de las problemáticas, es que en nuestro país subsiste de manera importante una cultura litigiosa, es decir, se tiene arraigada la idea de que las controversias necesariamente tienen que ser resueltas por los jueces en tribunales.

Las estrategias y objetivos previstos en el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, representan la oportunidad de fortalecer el arbitraje médico institucional a cargo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sobre todo al tratarse de materias de alta especialización, entre ellas, el derecho de daños y el derecho sanitario, particularmente en lo que se refiere a la interpretación sistemática de la *lex artis*, la deontología médica y la legislación en salud.

Sin embargo, una de las desventajas del arbitraje que ofrece la CONAMED, es que al tratarse de una instancia voluntaria para las partes, los prestadores de servicios médicos involucrados en una queja, asistidos por abogados, no aceptan la vía, no asisten ni atienden las invitaciones y requerimientos de información de la institución; lo que propicia mayor desgaste en la parte inconforme con el servicio de salud, quien se ve en la necesidad de erogar gastos e invertir tiempo para reclamar sus derechos en una instancia judicial, donde además tendrá la necesidad de contratar abogados.

⁶⁶ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Diario Oficial de la Federación, 12 de julio de 2019, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

En la actualidad, tanto en el mundo como en nuestro país, se vive un panorama preocupante por la pandemia que generó la expansión mundial del virus SARS-CoV2, causante de la enfermedad Covid -19. Dicha situación de emergencia (una época de pandemia y post pandemia en la cual se avecinan mayores conflictos), obliga a replantearnos la necesidad de brindar mejores opciones para la resolución de conflictos que como consecuencia de una gran demanda de servicios de salud, lamentablemente también genera el incremento de demandas y quejas por negligencias médicas e incumplimientos institucionales que generan daños a la salud de los pacientes. Uno de los medios para lograrlo, es el reforzamiento y mejora de las instituciones que como la CONAMED han trabajado en el modelo de medios alternos de resolución de controversias.

PROPUESTAS

Se plantea que la CONAMED sea una instancia obligatoria previa a la judicial, con el objetivo de que los usuarios y prestadores de servicios en materia de salud, en controversia o conflicto, conozcan las opciones que presenta el proceso de arbitraje médico, sin que ello signifique que deban sujetarse indefectiblemente al mismo. Dicho en otras palabras, la intención es que, en los casos no conciliados, las partes reciban la invitación e información respectiva a las vías alternas de resolución de conflictos que les ofrece la institución, ponderen las bondades y ventajas del juicio arbitral, particularmente la oportunidad de resolver su controversia, mediante el estudio institucional, imparcial, especializado y colegiado (de consenso).

Se propone que la CONAMED tenga facultades para imponer medidas de apremio, como la imposición de multas, ante la falta de respuesta de los prestadores de servicios médicos a las invitaciones de la institución cuando existe una queja en su contra, o bien, cuando no siendo parte de la controversia se les requiere información médica relacionada con la atención controvertida, en general, informes

médicos, constancias o expedientes clínicos, indispensables para el estudio del asunto en conflicto.

Se considera integrar a la estructura de la Dirección de Arbitraje, un área jurídica que no requiera más de un profesional en Derecho, cuya función sea el trámite judicial del cumplimiento forzoso de los laudos que emite. Esto es, que la parte resulte beneficiada en un laudo condenatorio, tenga la posibilidad de ser asistido por CONAMED para la homologación del laudo y cumplimiento forzoso de la condena establecida.

Lo anterior obedece a que, ante la negativa de cumplimiento voluntario de un laudo condenatorio, la CONAMED emite dos invitaciones y en caso de subsistir dicho incumplimiento, procede a dejar a salvo los derechos de las partes a efecto de que se promueva el cumplimiento forzoso ante el juez competente; esto se traduce en un servicio incompleto por parte de la institución, considerando que las partes en forma voluntaria optaron y se sujetaron al juicio arbitral, es decir, por un medio alternativo que resolviera en definitiva su controversia.

Se considera necesario seguir insistiendo, trabajando y gestionando que la CONAMED tenga el carácter de organismo descentralizado, en virtud de que, si bien es cierto, como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud cuenta con la autonomía técnica en sus objetivos y funciones, también lo es, que la impresión de los usuarios del servicio, es que debido a la citada naturaleza jurídica no se trata de una institución imparcial y autónoma, sobre todo cuando las quejas se interponen en contra de las instancias hospitalarias dependientes de la misma Secretaría de Salud; otro factor que refuerza dicha propuesta es que en varias entidades federativas, las comisiones estatales de conciliación y arbitraje médico, tienen la naturaleza jurídica de organismos descentralizados.

Fuentes de información

Páginas WEB

- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020, en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#:~:text=El%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202020%20%2D%202024%20se%20estructura%20,que%20constituye%20el%20primer%20objetivo
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Diario Oficial de la Federación, 12 de julio de 2019, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

BIBLIOGRAFÍA

Libros

BEJARANO SÁNCHEZ, MANUEL, Obligaciones civiles, 3ª Edición, Editorial Harla, México, 1997.

CARRILLO FABELA, LUZ M., La responsabilidad profesional del médico, 4ª Edición, Editorial Porrúa, México, 2002.

CASA MADRID MATA O., La atención médica y el derecho sanitario. Editores JGH. México 1999, pp. 43-50.

DOBLER LÓPEZ, IRVING F., La responsabilidad en el ejercicio médico, Editorial El Manual Moderno, México, 2002, pp. 115-121.

GÓMEZ FRÖDE, CARINA, Capítulo Séptimo. Los Medios Alternos de Solución de Controversias en materia Médica, Desafío de los Medios Alternativos de Solución de Controversias en el Derecho Mexicano Contemporáneo, Coordinadores Sánchez-Castañeda *et al.* 2020, Defensoría de los Derechos Universitarios, Serie: Los Derechos Universitarios en el Siglo XXI, Núm. 9.

LOZANO NORIEGA F., Contratos. 2ª ed. México. Asociación Nacional del Notariado Mexicano, 2001; p. 486.

NESPECA, ALFREDO, Mala praxis, manual de información para el médico, Editorial Córdoba, Argentina, 2000, p. 312.

PÉREZ DE LEAL, R., Responsabilidad civil del médico, Editorial Universidad, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 86.

SALVAT, RAYMUNDO, Responsabilidad civil de los médicos, Editorial La Ley, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 257.

WOBESER VON CLAUS, Los Procesos Alternativos para la Resolución de Controversias. Revista CONAMED. Año 3. No. 9. Octubre-Diciembre, 1998.

Legislación consultada

Agenda de Salud, Ediciones Fiscales ISEF, 2019.

Agenda Civil para el Distrito Federal, Ediciones Fiscales ISEF, 2019.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Legales Ediciones, 2019.

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, Editorial SISTA, 2018.

Legislación en página WEB

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

Ley General de Salud, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmptsam.html>

Otras fuentes

Campos Díaz Barriga, M. Responsabilidad objetiva o el riesgo creado, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2000, en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3496/8.pdf>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. 1a Edición, México, D. F., 2003, en https://www.researchgate.net/profile/Gabriel-Manuell/publication/312498896_MODELO_MEXICANO_DE_ARBITRAJE_MEDICO_1a_EDICION_MEXICO_DF_2003_CONAMED/links/587fa31ba6fdccc5f784a157/MODELO-MEXICANO-DE-ARBITRAJE-MEDICO-1a-EDICION-MEXICO-DF-2003-CONAMED.pdf

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Reglamento para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2003, última reforma publicada D.O.F., 8 de agosto de 2018, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88595.pdf>

Presidencia de la República, Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Diario Oficial de la Federación, 3 de junio de 1996, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4887120&fecha=03/06/1996

Secretaría de Salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020, en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#:~:text=El%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202020%20%2D%202024%20se%20estructura%20,que%20constituye%20el%20primer%20objetivo

Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Diario Oficial de la Federación, 12 de julio de 2019, en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019