

El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

The fulfillment of sentences issued by the federal judicial power in relation to the arbitral awards resolved by the National Commission of Medical Arbitration

Carina Xóchil Gómez-Fröde*

RESUMEN

El propósito de este artículo es realizar una revisión de la impugnación ante los jueces federales contra los laudos arbitrales dictados por la CONAMED. Se exponen de manera sintética los argumentos más importantes para la emisión de nuevos laudos, así como las razones por las cuales en muchos casos se ha sostenido el mismo criterio.

Palabras clave: Arbitraje, laudos, mala praxis, amparos, cumplimiento de sentencias judiciales.

ABSTRACT

The purpose of this article is to conduct a review of the challenge before federal judges against the arbitration awards issued by CONAMED. The most important arguments for the issuance of new awards are explained in a synthetic manner, as well as the reasons why in many cases the same criterion has been maintained.

Key words: Arbitration, awards, malpractice, amparos, compliance with court rulings.

* Directora General de Arbitraje.

Correspondencia:

CXGF, cgomez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:

La autora declara que no tiene.

Citar como: Gómez-Fröde CX. *El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.* Rev CONAMED 2018; 23(3): 141-151.

Recibido: 06/03/2018.

Aceptado: 02/05/2018.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos cinco años la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió 338 laudos arbitrales (Tabla 1). El criterio para determinar si existe o no mala praxis se establece mediante la celebración de plenos o sesiones semanales en las que se reúnen médicos y abogados a efecto de discutir cada uno de los casos que son sometidos a arbitraje.

Una vez que las partes son notificadas legalmente del laudo emitido, éstas gozan de acuerdo con la Ley de Amparo con 15 días hábiles para promover juicio de amparo, siempre y cuando consideren que han sido violentados derechos fundamentales contenidos en nuestra Carta Magna.

En los últimos años la preocupación mayor ha sido mejorar el contenido de nuestros laudos, hacer que el lenguaje médico pueda ser comprendido fácilmente por ambas partes y sobre todo, que el laudo sea congruente, exhaustivo y con la suficiente motivación para que no quede duda de las razones por las cuales se concluye de una determinada manera y no de otra. Tratar de convencer a ambas partes de que nuestra resolución es justa y apegada a los principios de la *lex artis* es una tarea complicada y compleja. Ya lo decía Jürgen Habermas, juez y filósofo alemán, ese es el reto mayor; es decir, que ambas partes, incluso la que perdió, acepten y comprendan las razones por las cuales sus pretensiones no prosperaron o sus excepciones resultaron inoperantes. Muchas veces es necesario realizar profundas consultas a bibliografía especializada, otras tantas no se cuenta con las pruebas suficientes para determinar de manera congruente el desarrollo del acto médico para así disponer de mayores elementos para evaluarlo.

Tabla 1. Inconformidades en contra de laudos.

Año	Laudos emitidos	Amparos promovidos	Porcentaje de inconformidad
2013	92	13	14.1
2014	55	14	25.4
2015	37	9	24.3
2016	83	12	14.4
2017	71	7	9.8

Durante los años 2016 y 2017 se interpusieron en contra de nuestros laudos 19 amparos. En 12 casos las instancias jurisdiccionales negaron los amparos a los quejosos, por tanto nuestros laudos adquirieron categoría de cosa juzgada. Sin embargo, en siete amparos la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en cumplimiento a lo ordenado por los jueces, emitió nuevos laudos. No necesariamente en todos se cambió el sentido, ni el criterio sostenido en el laudo primigenio; sin embargo, es interesante revisar la forma en que se mejoraron las consideraciones para precisamente hacer más convincente el resultado.

A continuación se relatan brevemente los siete casos y se analizan cuáles fueron los conceptos de violación esgrimidos por los quejosos, las razones por las cuales se les otorgó el amparo y la protección de la Justicia Federal, para al final explicar en su parte conducente los fundamentos y las motivaciones que sirvieron para nuevamente resolver la controversia.

El análisis, la autocrítica siempre necesaria, nos ayuda a mejorar nuestros procesos de arbitraje, a poner mayor atención en la valoración de las pruebas ofrecidas por las partes, nos obliga a revisar las metodologías que utilizamos para llegar a conclusiones, a contar con mejores elementos de juicio en un futuro para lograr ser más convincentes ante la sociedad y en particular frente a las partes que tuvieron la convicción y la confianza de someterse al arbitraje como la mejor forma para resolver su litigio.

Fallecimiento de una niña postoperada del corazón

- La CONAMED dictó laudo en el que condenó al hospital a pagar una indemnización al padre por el fallecimiento de su hija. El hospital promovió amparo aduciendo como conceptos de violación que dentro del expediente clínico se revelaban todas las atenciones médicas que se brindaron a la niña y que éstas siempre se realizaron en apego a los principios médicos y éticos de la práctica de la medicina humana.
- El juez federal otorgó el amparo y la protección de la Justicia Federal al quejoso ordenando a la CONAMED dictar otro laudo en el cual se realizara una valoración de todas y cada una de las pruebas y se precisara de dónde emanaba la

obligación de cuidados que debió haber cumplido el hospital demandado para evitar el fallecimiento de la niña.

- c) Esta comisión en cumplimiento a la ejecutoria federal dictó nuevo laudo sin cambiar el sentido del anterior, en el que se hicieron las siguientes consideraciones: De la valoración de las pruebas aportadas se concluyó que fueron suficientes para crear convicción en el sentido de que en el servicio pediátrico omitió otorgar a la paciente la vigilancia médica estrecha y permanente que ameritaba su condición física, a pesar de que existía la indicación por la unidad de terapia intensiva pediátrica y que se requería la máxima diligencia en la atención en beneficio de la salud de esta menor; no obstante que en dicha unidad se logró estabilizar a la paciente quien salió del estado de gravedad en el que se encontraba, presentando una evolución favorable, no se acreditó que una vez ingresada al servicio mencionado, el personal a cargo de continuar la atención no actuara con la diligencia que el caso ameritaba, es decir, no se demostró el cuidado y la vigilancia estrecha indicada por la unidad de cuidados intensivos pediátricos, lo cual, atendiendo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se brindó la atención, lleva a concluir que debido a las omisiones en la atención de la menor, el personal de salud del prestador del servicio no advirtió el momento en el que la paciente presentó una complicación más, la cual no fue tratada en forma oportuna, lo que permitió su evolución a un estado de salud irrecuperable, pues se reportó su atención una vez que el cuadro se tornó irreversible (estado avanzado), existiendo datos de falla orgánica múltiple y falta de respuesta al tratamiento instaurado.
- d) El no advertir y atender de manera oportuna la evolución desfavorable de la paciente permitió su evolución paulatina hasta agravarse, pues comprometió seriamente la función de distintos órganos, alcanzando el grado de choque refractario, esto significa que para llegar a dicho estado de gravedad la paciente cursó por las etapas previas de choque compensado y descompensado, en las cuales existía la posibilidad de recuperación de la enferma, empero no se demostró conducta médica alguna que acreditara la debida atención

de la paciente, lo cual resultó determinante en este asunto, pues una vez que los pacientes evolucionan a choque irreversible, irremediablemente culminan con la muerte.

El citado incumplimiento de obligaciones de diligencia y medios encuentra soporte en la literatura especializada, al establecer que ante la sospecha de situación de choque, debe adoptarse conducta médica en forma urgente, siendo el objetivo prioritario remontar la hipovolemia, garantizar una buena ventilación y oxigenación con soporte vital avanzado pediátrico, sin ignorar el tratamiento del agente etiológico y las posibilidades de intervención sobre la respuesta inflamatoria del huésped. La inmadurez (mayor a menor edad) supone menor reserva funcional, por lo que hay que esperar fracaso orgánico precoz. La precocidad y contundencia de la intervención terapéutica es determinante en su evolución y pronóstico. Cada hora de demora en la instauración de medidas de reanimación incrementa la mortalidad 50%.¹

- e) El nuevo laudo sostuvo la condena hacia el hospital.

Abandono de un paciente operado de esplenectomía le provocó la muerte

- a) La Comisión dictó laudo por el cual condenó a pagar a la sucesión del paciente fallecido un reembolso por los gastos erogados, así como el pago de una indemnización. El médico interpuso amparo ante la justicia federal.
- b) Se otorgó amparo y protección de la justicia federal al quejoso: *...en virtud de que se advierte que efectivamente no está clara la relación causa efecto o nexa causal entre el incumplimiento de las obligaciones que se le imputa al hoy quejoso y la muerte del paciente. En efecto, la responsable estableció en su resolución que el aquí quejoso asumió el control del postoperatorio, ya que así lo detalla la responsable al señalar textualmente en su resolución: no es obstáculo de lo anterior que en el expediente por la atención del paciente se haya referido que fue atendido por un cirujano que no vino a juicio, en razón de que con el hoy demandado, sin que fuera controvertido por las partes, se acordó la atención y dio seguimiento al postoperatorio a la misma; por lo que en dicho supuesto opera la*

denominada representación aparente y por tanto, debe responder civilmente por el acto médico quirúrgico y los efectos adversos indicados a lo largo del presente laudo; lo que colocó al paciente en una situación de riesgo creado que contribuyó al evento adverso que presentó el hoy finado... Sin embargo, bajo esa perspectiva de la representación aparente, no estableció en concreto qué conducta precisa y detallada es la que le imputa; para con ello colmar el «compromiso arbitral», pues la responsable debió constreñirse a dejar establecido si el aquí quejoso había actuado con negligencia, impericia o dolo, en el punto de la representación aparente. De igual manera, debió explicar (si es que existe la conducta precisa) el porqué le pudiera imputar alguna conducta que precisamente fuera la causa del hecho de la muerte del paciente y argumentar de manera objetiva su efecto, un nexo causal que debe existir para atribuirle que fue la consecuencia del referido fallecimiento del paciente. Lo anterior es así, pues si bien es cierto, la responsable establece diversas consideraciones que a su juicio determinan una mala praxis y abandono del paciente, también lo es que las mismas resultan ser ambiguas, es decir no son precisas en la conducta causal o nexo que se le reprocha al aquí quejoso al haber asumido el control postoperatorio, pues la responsable se encontraba obligada a establecer con precisión en qué consisten esas conductas u omisiones que hayan sido precisamente la causa de un nexo con la muerte de la persona fallecida, (determinando si efectivamente existe negligencia, impericia o dolo en la atención postoperatoria proporcionada al paciente como quedó señalado en el compromiso arbitral), ya que ello no está claro sin pasar por alto que la propia responsable ubica al quejoso como el que asumió el control postoperatorio, es decir excluye la hipótesis del cirujano y de la ayudante del cirujano.

- c) Esta comisión dictó nuevo laudo en el cual no cambió el sentido de la resolución, condenó al demandado al pago del reembolso exigido y a una indemnización; sin embargo, en cumplimiento a la ejecutoria de amparo enfatizó lo siguiente: No existen pruebas suficientes para establecer una representación aparente, ya que el único responsable de la atención médica lo fue el hoy demandado, ya que éste es el único médico que

aceptó la relación médico paciente y por lo mismo, el único responsable que elaboró la mayoría de las notas y recetas médicas que obran en el expediente.

La Guía de Práctica Clínica «Esplenectomía» recomienda que deberá referirse a un enfermo candidato a esplenectomía electiva a un tercer nivel de atención cuando la unidad que brinda la atención médica no cuente con el personal especializado, equipo médico e insumos idóneos para realizar este procedimiento, de igual forma cuando no cuente con banco de sangre certificado, unidad de radiodiagnóstico con ultrasonido y tomografía axial computarizada disponible 24 horas del día y unidad de cuidados intensivos, o teniéndolo, no cuente con personal médico especializado en áreas de hematología, cirugía general, anestesiología, medicina interna, terapia intensiva y radiología. El paciente fue egresado por el demandado con un esquema antibiótico que no estaba recomendado por la literatura médica de la especialidad. Al egreso del paciente no se documentó que se hayan dado las recomendaciones, cuidados y signos de alarma ante posibles complicaciones después de la realización de una esplenectomía.

El demandado no efectuó un seguimiento al postoperatorio y abandonó al paciente causándole con su abandono la muerte. Por lo anterior, apreciamos elementos de mala práctica por parte del demandado al haber realizado un *procedimiento de alto riesgo* como la esplenectomía en una institución hospitalaria que no contaba con el personal especializado, equipo médico e insumos idóneos para realizar el mismo, de igual forma no contaba con banco de sangre certificado, unidad de radiodiagnóstico con ultrasonido y tomografía axial computarizada disponible 24 horas del día, ni unidad de cuidados intensivos como lo establece la Guía de Práctica Clínica «Esplenectomía» y no haber observado de forma puntual y correcta la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico: haber egresado al paciente sin un manejo antibiótico sugerido por la *lex artis*, no haber documentado que le fueron explicados los cuidados y precauciones especiales que el paciente debía seguir en el postoperatorio, de igual forma no se documentó haber señalado de forma puntual y específica los signos

de alarma para identificar oportunamente complicaciones de la esplenectomía y *no haber dado un seguimiento estrecho al postoperatorio*, lo que generó la muerte del paciente en virtud de que se permitió que se presentaran problemas infecciosos a nivel urinario, respiratorio, quirúrgico (dehiscencia de la herida) y probablemente a nivel de la cavidad abdominal (por la presencia de colección en el lecho esplénico), padecimientos que se hubieran controlado si no hubiese habido abandono por parte del demandado. En abundamiento de lo anterior, de acuerdo con lo que establece la *lex artis* y considerando el antecedente de esplenectomía, era necesario tener presentes las complicaciones² existentes en este tipo de pacientes por la ausencia del bazo, sobre todo en relación con las repercusiones inmunológicas que se presentan, mencionando que dentro de éstas se encuentran: el absceso subfrénico izquierdo, las neumopatías, hipertermia aislada, riesgo aumentado de las infecciones y sepsis fulminante, trombosis del sistema venoso profundo de miembros inferiores y trombosis del sistema venoso portal.

Falta de información de la colocación de un catéter doble J en procedimiento de litotripsia

- a) El quejoso promovió juicio de amparo en contra del laudo que absolvió al demandado de la pretensión exigida consistente en el pago de un reembolso por las cantidades erogadas ante otro facultativo, aduciendo que el médico demandado nunca le informó al paciente que le había colocado un catéter doble J.
- b) Se le concedió el amparo al quejoso para el efecto de que la CONAMED dictara otro laudo en el cual debía verificarse que las afirmaciones del prestador del servicio, en el sentido de haber informado al paciente del retiro del catéter, estuvieran corroboradas con alguna otra probanza. Es decir, al haber objetado el paciente las documentales ofrecidas por el médico, la CONAMED debía haber administrado dichas documentales con otras probanzas y sin embargo les dio valor probatorio pleno, absolviendo al médico.
- c) Al dictarse el nuevo laudo se determinó lo siguiente: *De la valoración a las constancias de*

atención se tienen indicios de que el demandado informó al paciente la necesidad de extraer el catéter doble J con probable calcificación en extremo vesical, de la indicación de tratamiento médico en tanto el paciente decidía la aceptación del procedimiento, así también que en el curso de dichas atenciones las molestias en el paciente se incrementaron; sin embargo, ante la mala práctica observada, estos elementos resultan ineficaces para desvirtuar la mala praxis que le atribuye el hoy actor, al no haberle informado la necesidad de colocarle un catéter doble J con motivo del procedimiento de litotripsia que le practicó, no existiendo su autorización para ello y una vez colocado tampoco demostró haberle informado el tiempo en que debía ser retirado, menos aún las complicaciones que podían derivarse de este tipo de tratamiento, lo que ocasionó que mediante la atención médico-quirúrgica de otro facultativo tuviera que retirarse el multicatéter.

- d) Este arbitraje fue resuelto definitivamente, ya que el médico demandado cubrió al paciente ante la CONAMED el reembolso que éste había exigido desde el principio del arbitraje.

Rotura de lente intraocular

- a) El quejoso en su amparo esgrimió lo siguiente: «Se causó daño al paciente y quedó demostrada la impericia del médico, quien rompió el lente intraocular dentro de su ojo al someterse al procedimiento de facoemulsificación con colocación de lente intraocular como consecuencia del diagnóstico de catarata. El laudo está indebidamente fundado y motivado, ya que correspondía a la institución probar haber actuado con diligencia. En las notas no está señalado el método utilizado para la extracción del lente roto, además de que se le produjo un edema corneal y fue realizada por un médico residente en formación. Por ello, procede otorgarme el amparo y que se dicte nuevo laudo en el que se ordene al demandado el reembolso y una indemnización».
- b) Se concedió el amparo al quejoso para el efecto de que la CONAMED dicte nuevo laudo en el cual se considere con plenitud de jurisdicción si hubo responsabilidad médica cuyos elementos a considerar son: 1. el daño causado por el médico,

2. la afectación y la culpa del profesional y 3. el nexo causal entre ambas.

c) Se dictó nuevo laudo sin cambiar el sentido del primero. El hecho innegable de que el lente se rompió no implica que se hubiese producido un daño. Se trató de un riesgo inherente, hubo oportunidad de corregir el error. Se le otorga valor a una nota médica que demuestra que el paciente tuvo mejoría posterior a la colocación de nuevo lente. Entre los argumentos que se sostienen son los siguientes:

1. La aparición de edema corneal en grado variable tras la cirugía de catarata ocurre en aproximadamente 53% de los pacientes, se considera como riesgo inherente a todo procedimiento quirúrgico de la parte anterior del ojo, en especial en la cirugía de catarata, independientemente de los factores de riesgo del paciente y los relacionados con la técnica quirúrgica.
2. La ruptura del lente intraocular es una complicación previsible, más no evitable, rara, que puede ocurrir durante la cirugía, haciendo necesario una mayor manipulación de la córnea para extraerlo y reemplazarlo. Las causas no son fáciles de identificar, puede deberse tanto a la técnica empleada por el cirujano como a la manufactura y características del lente. Lo que se ha comprobado que reduce el riesgo es el empleo de dispositivos inyectoros que disminuyen la manipulación del lente. En el presente caso se utilizó un lente cuya presentación incluye el dispositivo en mención, además de la colocación de material viscoelástico;³ es decir, hay evidencia de que se tomaron medidas de seguridad para tratar de evitar la complicación.
3. Ante la ruptura del lente, el médico lo extrajo y colocó un lente monofocal, tal como lo describe en la hoja operatoria. Se colocó uno monofocal en lugar de un bifocal, ya que la ampliación de la incisión de la cirugía (para sacar el lente) generó una modificación en la córnea que no permitía la adecuada corrección de la visión con un lente bifocal. En tal sentido, en el caso específico estamos hablando de dos riesgos inherentes durante la

cirugía llevada a cabo: el edema corneal y la ruptura del lente; es decir, complicaciones que pueden presentarse a pesar de llevar a cabo una técnica o procedimiento diligente y por cirujanos experimentados, las cuales ocurren involuntariamente y a pesar de las medidas de seguridad.

4. Si bien es cierto que el paciente fue intervenido por un médico en formación (residente de oftalmología en su 4º y último año de especialización), las complicaciones inherentes al procedimiento con las que cursó (ruptura de lente y edema corneal) no devienen de mala práctica, puesto que incluso en manos expertas, en contra de la voluntad y bajo la debida diligencia, pueden ocurrir en toda cirugía de catarata.
5. Más aún, la literatura se refiere a la experiencia del cirujano como factor de riesgo de pérdida de células endoteliales de la córnea: es lógico sospechar que durante el periodo de aprendizaje de la cirugía con ultrasonidos, se incrementan los factores que influyen en mayor pérdida endotelial (el ultrasonido es una técnica de cirugía de catarata con más riesgo de lesión que la utilizada en el caso a estudio, es decir, la facoemulsificación). Durante la curva de aprendizaje esperamos encontrar un tiempo quirúrgico prolongado con mayor consumo de solución de irrigación, así como el empleo de ultrasonidos de mayor potencia y un aumento de las maniobras intraoculares. Sin embargo, en un estudio que evaluó la pérdida endotelial inducida en la cirugía practicada por un residente junior (con un año de experiencia quirúrgica, en la que había realizado aproximadamente 100 cirugías) se encontró que había 11.6% de pérdida, comparable con el presentado en otros trabajos de cirujanos experimentados.³
6. Ponderando lo anterior, no puede tenerse por cierta la tesis de que el cirujano era imperito, pues cumplió incluso con las medidas de seguridad indicadas en la literatura especializada y ante la ruptura del lente solventó la situación con la colocación de otro, en beneficio del paciente. El paciente presentó disminución en la agudeza visual como resultado del edema corneal

secundario a la complicación esperada de la cirugía de catarata. Posterior a la cirugía presentó una agudeza visual a cuenta dedos, misma que mejoró posteriormente con trasplante de córnea. Sin embargo, se advierte una afección en su visión, puesto que se reportó una agudeza visual de 20/60 al momento de su primera atención, tal como se refirió en la historia clínica y se determinó una agudeza visual de 20/150 en la última constancia de atención. Toda vez los riesgos inherentes descritos, dicha afección no puede tenerse como secundaria a mala práctica en la atención oftalmológica del paciente, sino como proveniente de complicaciones propias de la cirugía que infortunadamente ocurrieron en este paciente sin que fuera intención del cirujano dañarlo, sino como resultado de indeseables complicaciones, recordando que la medicina, si bien rigurosa, no es una ciencia exacta.

7. Finalmente, en ningún momento se determinó una ausencia o deficiencia de historia clínica, lo único que se señaló es que en la nota operatoria no se describe de manera detallada lo que ocurrió durante la cirugía; sin embargo, insistimos en que efectivamente se aprecian medidas para proteger la córnea durante la cirugía como la colocación de un lente con dispositivo inyector y la colocación de viscoelástico. Si bien el paciente cursaba con una catarata densa (por la clasificación N3), se utilizó la técnica quirúrgica reportada como efectiva y con menores riesgos de lesión corneal.

Fue aplicable al caso la siguiente tesis:

Décima época
 Registro: 2002441
 Instancia: Primera Sala
 Tesis Aislada
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1
 Materia(s): Civil
 Tesis: 1a. XXV/2013 (10a.)
 Página: 621

Acto médico. Mejor decisión posible para la determinación de la mala práctica médica

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. En consecuencia, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria que son exigibles a un profesional o especialista normal. Por ende, el médico debe adoptar, de forma continua, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico hasta prescribir una terapia concreta y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible. *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.*

Sobredosificación de anticoagulante

- a) La paciente se queja de que el laudo es incompleto porque sólo obliga a pagar el daño civil contractual y no se condenó por los daños físicos y funcionales ocasionados por la negligencia del médico, dada la sobredosificación de anticoagulante que le ocasionó daños en la salud como hemorragias, equimosis, dolor, insuficiencia venosa y merece una compensación e indemnización.
- b) La quejosa ganó el amparo, ya que en el laudo no se concatenó ni precisó cuál fue el material probatorio analizado para llegar a sus conclusiones

en el sentido de que no procedía el pago de una indemnización. No se dijo si se trataba de pruebas plenas, semiplenas o indicios. De las fotografías exhibidas por la paciente se aprecia que en efecto se ocasionaron afectaciones en su cuerpo como equimosis y el laudo no valora si tales afectaciones fueron producto o no de mala praxis. En consecuencia, se le otorgó a la quejosa el amparo a efecto de que la CONAMED dicte otro laudo en el cual valore en su conjunto los medios de convicción.

- c) Esta comisión dictó nuevo laudo en el que se tomaron en cuenta las evidencias fotográficas exhibidas por la paciente en las cuales se muestra la presencia de equimosis recientes (rojo oscuro) en extremidades inferiores, siendo el resultado del efecto de sobrecoagulación generada debido a la salida de hemoglobina del capilar y su acumulación en tejido conectivo por extravasación (*no por trauma*); sin embargo, al momento de realizar la reversión de la anticoagulación se suspendió su efecto y el sangrado cesó, aunque la equimosis persista hasta que la sangre extravasada sufra todo el proceso natural de absorción, lo que no es indicativo de presencia de hemorragia activa o de secuelas.

Se determinó en la especie que las fotografías aportadas por la paciente carecen de fecha y a pesar de que dichas documentales no fueron objetadas en cuanto a su contenido ni valor probatorio, únicamente se convierten en elementos indiciarios, en virtud de que no es posible determinar el momento en que fueron tomadas, ni el tiempo preciso de evolución de las equimosis, pero en todo caso, aplicando un criterio de presunción tendrían de cero a tres días.

Se valoró además el reporte del médico cardiólogo quien hizo referencia a lo siguiente:

Que la paciente acudió a la consulta externa de cardiología.

Que la paciente presentaba equimosis en varias partes del cuerpo, datos que correspondían clínicamente a una sobredosificación del anticoagulante que se suspendió inmediatamente, administrando vitamina K debido al alto riesgo de una hemorragia intraparenquimatosa en órganos vitales.

El día siguiente se había revertido el efecto anticoagulante y el riesgo de hemorragia espontánea

había desaparecido, lo que permitió reinstalar el tratamiento anticoagulante a niveles terapéuticos.

En esos términos, los elementos de prueba aportados por la paciente no demuestran que la hemorragia cutánea derivada de la sobreanticoagulación haya puesto en peligro su vida, ni la existencia de secuela alguna y por tanto, no puede afirmarse que hubiese causado daño alguno a la paciente.

Es decir, la nota (del cardiólogo del hospital) refiere que si bien la paciente sufrió una sobreanticoagulación, el riesgo desapareció; ya que al aplicarle la vitamina K se revirtió el riesgo del problema vascular, con lo cual de igual forma fue posible desaparecer el hematoma en más días sin que ello haya significado ningún riesgo para la paciente.

La equimosis es la extravasación sanguínea que se produce en la piel (intradérmica), en el tejido subcutáneo subyacente o en ambos, puede tener un origen espontáneo por alteraciones en la hemostasia, en la hemorragia espontánea donde no existe ruptura de los capilares. Las equimosis desaparecen sin dejar secuela alguna.⁴ En tal inteligencia, en la especie, no se actualizó un daño emergente físico ni funcional valuable, que pueda ser atribuible o imputable al facultativo demandado, por lo que no se tuvo por acreditado el daño extracontractual y no hubo lugar a declarar la condena por dicho concepto.

Atendiendo a lo pactado por las partes en el compromiso arbitral y con fundamento en lo dispuesto (interpretado *contrario sensu*) en los artículos 1910, 1915, 2110 y demás relativos aplicables del Código Civil Federal, no ha lugar a dudas que: «Los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deban causarse», lo que en la especie no ocurrió. Por lo que no hubo lugar a decretar la condena por la existencia de responsabilidad civil por daño físico y funcional valorable, extracontractual, a cargo del facultativo demandado y por ende, tampoco ha lugar a declarar la existencia de la obligación.⁵

Pérdida de órgano dentario

- a) La paciente esgrimió como concepto de violación que la CONAMED debió condenar al demandado a la reposición de la pieza dental y no al 10% de

indemnización por la pérdida del órgano dentario.

- b) Le fue concedido el amparo a la quejosa para que la CONAMED dicte otro laudo en el que «reitere las condiciones que no fueron materia de la concesión del amparo y resuelva lo concerniente a la pérdida del órgano dentario conforme al 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. La autoridad federal consideró que la tabla de valuación de incapacidades permanentes a que se refieren las citadas disposiciones legales establece en el apartado de cara:» 289. *Pérdida de uno o varios dientes: reposición.*
- c) La Comisión dictó otro laudo en el cual hizo las siguientes consideraciones:
1. Para efectos del cálculo indemnizatorio, resulta aplicable lo establecido en el segundo párrafo del citado artículo 1915 del Código Civil Federal, por lo que a efecto de compensar a la actora y tomando en cuenta el grado de responsabilidad de la demandada al incurrir en mala práctica por negligencia, atendiendo al derecho humano al resguardo de la persona en toda su extensión, bien sea en su aspecto físico como mental, a la naturaleza y extensión del daño producido (pérdida injustificada del órgano dental y consecuentemente, alteración en la función masticatoria), así como la edad de la paciente al momento de la atención reclamada se consideró 10% de indemnización, atendiendo al baremo contenido en la Ley Federal del Trabajo, tabla de valuación de incapacidades permanentes, apartado 289.— *Pérdida de uno o varios dientes: reposición*, el cual prevé porcentaje de 5 a 10% de indemnización, 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.
 2. Al efecto, es menester aclarar que si bien es cierto que la disposición laboral refiere el término de reposición en el citado apartado 289, también lo es que en la especie no existe la posibilidad material de reintegrar a la hoy

actora su órgano dentario (al ser pieza única e irreplicable), de igual forma resulta imposible reponerlo, toda vez que en forma alguna se trata de un bien fungible que pueda sustituirse por otro de la misma especie y calidad; no obstante, es de señalarse que en términos de la *lex artis* odontológica, a fin de corregir la alteración masticatoria y la estética de la paciente, la opción que representa mayor beneficio para ésta se refiere a la colocación de un implante y prótesis respectiva, también es cierto que dicho tratamiento de igual forma representa posibles riesgos para la paciente, entre ellos infección en el implante, rechazo del mismo, pérdida de hueso, rotura del implante; lo cual no puede dejar de observarse a fin de establecer el *quantum* indemnizatorio.

3. 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 18 de diciembre de 2015, fijó como salario mínimo general vigente en la República Mexicana, municipios y demarcaciones territoriales, a partir del 1° de enero de 2016, \$73.04 (setenta y tres 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 2016. 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 1° de febrero de 2017, es de \$75.49 (setenta y cinco pesos 49/100 M.N.). Ahora bien, para el cálculo de 10% de porcentaje, el artículo 494 de la Ley Federal

del Trabajo establece como la cantidad máxima a pagar el equivalente al importe de 1,095 días de salario, luego entonces 1,095 días de salario significa 100% para el cálculo de las indemnizaciones. Correspondiendo al 10% un total de 109.5 días. Entonces, para obtener el cuádruplo al que se refiere el artículo 1915 del Código Civil Federal, se multiplica \$75.49 por cuatro, resultando la cantidad de \$301.96, lo que a su vez se multiplica por 109.5 días, de lo que se obtiene el total de \$33,064.62 (treinta y tres mil sesenta y cuatro pesos 62/100 M.N.), cantidad indemnizatoria que debe pagar la demandada a la parte actora. Para llegar a esta determinación se tomó en consideración el siguiente criterio:

Derecho fundamental a una reparación integral o justa indemnización. Concepto y alcance. El derecho a una reparación integral o justa indemnización es un derecho sustantivo cuya extensión debe tutelarse en favor de los gobernados y no debe restringirse en forma innecesaria. Atendiendo a los criterios que ha emitido la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el derecho a la reparación integral permite, en la medida de lo posible, anular todas las consecuencias del acto ilícito y restablecer la situación que debió haber existido con toda probabilidad, si el acto no se hubiera cometido y de no ser esto posible, es procedente el pago de una indemnización justa como medida resarcitoria por los daños ocasionados, lo cual de ninguna manera debe implicar generar una ganancia a la víctima, sino otorgarle un resarcimiento adecuado. El derecho moderno de daños mira la naturaleza y extensión del daño a las víctimas y no a los victimarios. El daño causado es el que determina la indemnización. Su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado, de manera que las reparaciones no pueden implicar ni enriquecimiento ni empobrecimiento para la víctima o sus sucesores. No se pretende que la responsabilidad sea excesiva, ya que debe subordinarse a requisitos cualitativos. Una indemnización será excesiva cuando sobrepase el monto suficiente para compensar a la víctima. Sin embargo, limitar la responsabilidad

*fijando un techo cuantitativo implica marginar las circunstancias concretas del caso, el valor real de la reparación o de la salud deteriorada. Una indemnización no es justa cuando se le limita con topes o tarifas, cuando en lugar de ser el juez quien la cuantifique con base en criterios de razonabilidad, es el legislador quien, arbitrariamente, fija montos indemnizatorios al margen del caso y su realidad. Sólo el juez, que conoce las particularidades del caso, puede cuantificar la indemnización con justicia y equidad.*⁶ Amparo directo en revisión 1068/2011. Gastón Ramiro Ortiz Martínez. 19 de octubre de 2011. Cinco votos. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras.

Tratamiento odontológico

- a) La quejosa prestadora del servicio dental interpuso amparo en contra del laudo en virtud de que «no se encuentra debidamente acreditado que el paciente me hubiese pagado la cantidad de \$27,674 pesos. Tampoco debió haber tomado en cuenta un bono para que formara parte del reembolso, ya que dicha cantidad nunca fue desembolsada por el paciente». Esgrime que la CONAMED no expuso de forma clara y precisa la forma en la cual cuantificó el monto de los honorarios por el tratamiento oral.
- b) El juez de amparo ordena a la CONAMED que dicte nuevo laudo en el cual justifique el monto real a pagar a la quejosa, sustentando si en verdad se pagaron las cantidades a que se refiere y no debe tomar en consideración el pago del bono aludido al no desprenderse de ese cupón de descuento intervención alguna de la quejosa.
- c) En acatamiento a lo ordenado por la jurisdicción federal, CONAMED dictó nuevo laudo en el cual se hizo una exacta valoración de los recibos y comprobantes ofrecidos como prueba por el paciente a efecto de justificar plenamente las cantidades a las que habrá de condenarse a la prestadora del servicio médico; sin embargo, la CONAMED sostuvo el criterio de que la prestadora del servicio odontológico no se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Agradecimientos

Agradezco a todos los médicos y abogados que participan en la elaboración de laudos arbitrales de la Dirección General de Arbitraje, así como al Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, quien realiza un examen exhaustivo de todos los casos a resolver.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez R, Serrano O. Manejo inicial de la sepsis-shock séptico pediátrico. *Bol Pediatr.* 2006; 46 (1): 107-112.
2. Ferraina P, Oría A y cols. El Bazo Capítulo 40. En: Ferraina P, Oría A y cols. *Cirugía de Michans.* Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002. p. 697-074.
3. O'Brien PD, Fitzpatrick P, Kilmartin DJ, Beatty S. Risk factors for endothelial cell loss after phacoemulsification surgery by a junior resident. *J Cataract Refract Surg.* 2004; 30 (4): 839-843.
4. Jiménez J, Alvarado C, Lachiner S, Morales L. Revisión bibliográfica. Evaluación médico legal de las equimosis cutáneas. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual [Internet]* 2016 [acceso 2018-22-01];33(1):1409-0015. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00035.pdf>
5. Vid.- Época: Octava Época. Registro: 216339. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación.* Tomo XI, Mayo de 1993. Materia(s): Civil. Página: 317. Daños y perjuicios.
6. Época: Décima Época. Registro: 2001626. Instancia: Primera Sala. Tesis 1a. CXC/2012. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.* Libro XII, Septiembre de 2012, Página: 502.