

Cuando se evidencia mala práctica médica sin relación causal; ¿Qué implicaciones legales tiene para el médico?

When there is evidence of medical malpractice without causal relationship; There are legal implications for the doctor?

Rafael Gutiérrez-Vega¹, Adriana Cecilia Gallegos-Garza,² Ma. del Carmen Dubón-Peniche,³ Laura Alejandra Mendoza-Larios,⁴ Misael Uribe-Ramos,⁴ Germán Fajardo-Dolci⁵

▷ RESUMEN

Se presenta el caso de un varón con diagnóstico de cáncer pulmonar, quien presentó queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por insatisfacción con los servicios médicos recibidos. A pesar de haberse identificado mala práctica, debido a que fue sin relación causal, no procedió la solicitud de reembolso por parte del paciente.

Palabras clave: Mala práctica médica, relación causal, México.

▷ ABSTRACT

A case of male patient, with diagnosis of lung cancer is reported, who presented complaint at the National Commission of Medical Arbitration, because of dissatisfaction with the medical services received. In spite of identified bad medical malpractice, because there was not causal relationship, proceeded no refund for the patient.

Keywords: Medical malpractice, causal relationship, Mexico.

¹Director General Adjunto. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM.

²Servicio de Patología. Hospital Ángeles del Pedregal.

³Directora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

⁴Médico Pasante en Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM.

⁵Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Rafael Gutierrez Vega. Director General Adjunto en la Comisión Nacional de Arbitraje Medico. Mitla # 350 col. Narvarte delegación Benito Juárez, México DF. Cp. 03020 Cel.04455- 29227338 ofic. 54207116. Correo electrónico: gutierrezvega@conamed.gob.mx

▷ INTRODUCCIÓN

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica, señala en su Artículo 7º: *Para los efectos de este Reglamento se entiende por atención médica al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud; y servicios de atención médica al conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.* En su Artículo 9º, estipula: *La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Entendiendo por Principios Científicos el conjunto de reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo. Los Principios Éticos son el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.* Cuando se infringen estos principios; es decir, que no se emplean los recursos adecuados y oportunamente para cada caso en particular y el actuar del médico se desapega de los principios científicos y éticos de la medicina; se violenta el marco legal vigente que rige el actuar de los prestadores de servicios de salud, lo que se califica como *mala práctica médica*. Este artículo describe un caso en el que se presentó conflicto entre el usuario y el prestador de servicio médico, por mala práctica médica.

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hombre de 62 años, originario de Inglaterra y radicado en México desde 10 años antes. Con historia de tabaquismo en los últimos 16 años, consumiendo 15 cigarrillos por día, índice tabáquico de 34.5 paquetes por año. Convivencia con un canario y gatos. Alergia a la lanolina; psoriasis inactiva. Acudió a consulta por presentar cuadro clínico de una semana de evolución, con tos, expectoración café y fiebre de cuatro días de evolución, sin que se identificara un patrón específico. Negó disnea y ataque al estado general. Al examen físico: peso 110 Kg, talla 190 cm. Campos pulmonares con rudeza respiratoria leve, estertores roncantes difusos en región interescáculovertebral, de predominio derecho, ruidos cardíacos rítmicos con 80 lpm; resto normal. La saturación de oxígeno por oximetría de pulso (SO_2) respirando aire ambiente y en reposo, fue de 96%. Acudió con biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina en límites normales y; radiografía de tórax de un mes previo, sin alteraciones. El médico tratante, especialista en Neumología, prescribió corticoesteroide no especificado, clindamicina, claritromicina y bromuro de ipratropio. El paciente

no presentó mejoría del cuadro clínico con el manejo establecido. A los ocho días acudió a revisión; el día anterior a la consulta le realizaron nuevamente radiografía de tórax que informó el médico tratante sin presencia de lesiones en parénquima pulmonar. Por persistencia del cuadro clínico, el médico tratante continuó manejo con bromuro de ipratropio dos inhalaciones cada ocho horas y claritromicina 500 mg cada 24 horas. Citándolo en una semana con radiografía de tórax de control. El paciente acudió a la tercera consulta, refiriendo presencia de *roncus*, accesos de tos más frecuentes y poca expectoración. La exploración física de tórax se informó con la presencia de estertores roncantes difusos de predominio derecho. La SO_2 96%, flujo inspiratorio máximo (PEF) de 700 L/min. (Ideal 548 L/min). Radiografía de tórax: Partes óseas y blandas sin alteración, opacidad ovalada parahiliar derecha (lóbulo superior) con broncograma aéreo, arteria pulmonar prominente. Estableció los diagnósticos de: Neumonía segmentaria en lóbulo superior derecho y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) secundaria a tabaquismo. Con base en éstos, el médico tratante le indicó manejo hospitalario. El diagnóstico de ingreso fue neumonía adquirida en la comunidad y EPOC. Se inició tratamiento con cefalosporina no especificada y claritromicina. Evolucionó con discreta mejoría de la sintomatología y la radiografía de tórax de control no evidenció cambios importantes, por lo que se programó broncoscopia y tomografía computarizada de tórax, para descartar cáncer pulmonar por la sospecha ante la mala evolución a pesar del manejo establecido. TC de tórax: Lesión ocupativa intraparenquimatosa, no se observó broncograma aéreo, zonas de neumonitis ubicadas en segmento basal superior derecho, la cual se extiende desde el bronquio principal. Ganglio subcarinal. Resto de estudio sin alteraciones. Diagnósticos establecidos: Neoplasia intraparenquimatosa vs. Neumonía muy consolidada. Se realizó fibrobroncoscopia. Tráquea normal, carina principal y árbol bronquial izquierdo sin lesiones. Árbol bronquial derecho con mucosa hiperémica, parcialmente sangrante, sin lesiones endobronquiales, lavado y cepillado. Se tomaron muestras para citológico, BAAR y cultivo.

Continuó con el tratamiento establecido previamente, mostrando evolución con discreta mejoría clínica. Se decide mantenerlo en hospitalización hasta mejorar su sintomatología y recibir los resultados de sus estudios. El informe de Anatomía Patológica señaló: Citología de cepillado y lavado bronquial con cambios inflamatorios agudos leves, sin evidencia de malignidad. Los resultados de laboratorio reportaron: levaduras escasas; células epiteliales 10 a 20 por campo; leucocitos 25 por campo; calidad de la

expectoración grado IV. Muestras no representativas de vías respiratorias inferiores. Sugirieron repetir el examen, mejorando las condiciones de la muestra. Cultivo negativo. Se decidió darlo de alta hospitalaria; citándolo a revisión en consulta en una semana o en el momento que presentará agudización de la sintomatología o síntomas agregados. Se egresó con manejo con bromuro de ipratropio y xinafoato de salmeterol, se indicó radiografía de tórax. Se le explicó que a pesar de que el estudio citológico se reportó negativo para malignidad, era necesario que se mantuviera bajo observación y que sería necesario realizar nuevamente TC de tórax, broncoscopia y estudio citológico. Se le entregaron los estudios realizados. El paciente aceptó la propuesta del médico tratante. Regresó a cita a la semana, manifestándose sin mejoría del cuadro clínico; el médico tratante le indicó continuar con mismo manejo y le informó que posteriormente le solicitaría los estudios referidos, ya que eran necesarios para su evaluación. Lo citó nuevamente a consulta en una semana. El paciente no regresó a la consulta y no hubo contacto con el médico tratante. El paciente en su domicilio se mantuvo estable clínicamente por tres días, mantuvo mismo manejo por cuatro días más, observando que se agregó expectoración hemoptoica, por lo que decidió acudir con otro especialista en Neumología. En su primera cita se reportó: Programado para mediastinoscopia y fibrobroncoscopia por tumoración. Aparatos y sistemas interrogados y negados. Exploración física: mucosas y tegumentos sin alteraciones. Tórax ancho, ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad no fenómenos agregados; campos pulmonares murmullo vesicular disminuido, no fenómenos agregados. Abdomen globoso por panículo adiposo, sin masas o megalías, peristalsis y timpanismo normal, extremidades pulsos y llenado capilar normal. Electrocardiograma dentro de parámetros normales. Laboratorio: plaquetas 115 mil, tiempo de protrombina 58% de actividad, tiempo parcial de tromboplastina 50.8", resto normal. Riesgo cardiovascular Goldman II/IV. En hospitalización, se registró en el expediente clínico evaluación por Neumología y Cirugía de Tórax: Ingresó a este servicio para realización de broncoscopia y mediastinoscopia cervical por probable carcinoma broncogénico derecho. Consciente, signos vitales en parámetros normales, con hemoptoicos, no adenopatías periféricas. En tórax: síndrome pleuropulmonar de atelectasia, ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen en parámetros normales, no edema. Radiografía de tórax: mostró atelectasia de lóbulo inferior derecho y medio con empastamiento hiliar ipsilateral. La TC confirmó tumoración subhilial derecha, en íntimo contacto con la arteria pulmonar derecha, con atelectasias de lóbulo medio y lóbulo inferior

derecho, ganglios paratraqueales derechos e izquierdos y retrotraqueales. Biometría hemática: hemoglobina 14.1, hematocrito 42.6, plaquetas 115 000, leucocitos 7900, tiempo de protrombina 58%, tiempo de tromboplastina 50.8", química sanguínea y electrolitos séricos en parámetros normales. Riesgo: II/IV, (Goldman). Plan quirúrgico: a) Videobroncoscopia. b) Mediastinoscopia cervical. Impresión diagnóstica: carcinoma broncogénico derecho. El estudio de broncoscopia consignó: Estructuras laríngeas normales, espacio subglótico, tráquea, carina principal, árbol bronquial izquierdo normal; en árbol bronquial derecho a la altura del bronquio principal, huellas de sangrado provenientes del bronquio intermedio, en el cual se observó tumoración endobronquial rojo-nacarada, con bordes irregulares, muy vascularizada, que obstruía la totalidad del mismo, por lo cual impidió el paso hacia el bronquio del lóbulo medio y pirámide nasal. Por lo anterior, se procedió a realizar lavado bronquial y toma de biopsia de la tumoración, la cual presentó sangrado moderado, el cual se inhibió con agua helada. No existieron complicaciones. Las muestras se enviaron a estudio citológico e histopatológico. El informe de la biopsia bronquial informó: carcinoma epidermoide poco diferenciado, histopatología de ganglios mediastinales para-traqueales derechos e izquierdos sin metástasis, sólo hiperplasia folicular y antracosis; lesión endobronquial (biopsia): Carcinoma epidermoide bien diferenciado. Ganglios linfáticos mediastinales paratraqueales derechos (biopsia): Hiperplasia folicular. Lavado bronquial (citología): Positivo para células malignas (carcinoma epidermoide). Clasificado como: T3, N0, M0, estadio IIB o IIIA. Se propone al paciente realizar neumonectomía derecha, que aceptó voluntariamente. Se programó para cirugía, informándose: Diagnóstico preoperatorio: Carcinoma epidermoide del bronquio intermedio. Diagnóstico posoperatorio: El mismo. Operación realizada: Neumonectomía derecha con ligadura de vasos intra-pericardicamente. Complicaciones: Ninguna. Sangrado 1400 mL. El informe del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica señaló: Pulmón derecho (neumonectomía), carcinoma epidermoide, moderadamente diferenciado, queratinizante e invasor (3.6 cm) del hilio pulmonar derecho con infiltración de ganglios linfáticos regionales. Fibrosis pleural focal, antracosis e hiperplasia sinusal en dos ganglios linfáticos. Evolucionó favorablemente, egresado por mejoría; se indicó manejo con quimioterapia como parte del protocolo de manejo establecido.

El paciente presentó queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por considerar que el primer médico tratante no había establecido un diagnóstico

correcto y que ello había retrasado su tratamiento, ocasionado que el riesgo quirúrgico fuera mayor, así como haber condicionado que se indicara manejo con quimioterapia. El caso se sometió a Conciliación, en la que no llegaron a ningún acuerdo el usuario y el prestador de servicios médicos. Por lo que, se les propuso someterse a Arbitraje para la emisión de un Laudo por personal médico capacitado, lo que fue aceptado voluntariamente por ambas partes.

En el análisis del caso destaca que el primer médico tratante diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad (segmentaria de lóbulo superior derecho) y EPOC por tabaquismo, indicando manejo mediante macrólido, cefalosporina y broncodilatador. Por lo anterior, en esta parte de la atención, no se observaron irregularidades, atribuibles al facultativo demandado, pues ante el cuadro clínico que presentaba el paciente, el médico indicó su hospitalización para estudio y tratamiento, lo cual era necesario atendiendo al padecimiento del enfermo. Así mismo, de autos se desprende que el paciente presentó mejoría clínica con el tratamiento instaurado; en efecto, las notas asentadas en el expediente clínico, así lo demuestran.

Ahora bien, el primer médico tratante decidió efectuar fibrobroncoscopia por sospecha de cáncer pulmonar; en la especie, el paciente tenía antecedentes de proceso neumónico y evolución insidiosa, así como tabaquismo de larga evolución. Es decir, ante el cuadro clínico y los antecedentes del paciente, estaba indicada la realización del citado estudio. También indicó que se realizará TC de tórax, la cual señaló lesión ocupativa intraparenquimatoso *vs.* neumonía muy consolidada. Es menester señalar, que ambos estudios estaban indicados en el paciente, en términos de lo establecido por la literatura biomédica especializada. Ahora bien, la tomografía evidenció imagen de consolidación *vs.* masa intraparenquimatoso; por su parte, la broncoscopia y los resultados del estudio citológico fueron negativos. Así las cosas, el primer médico tratante egresó al paciente del hospital, para continuar su atención por consulta externa.

En esos términos, si bien es cierto que el paciente presentaba mejoría del cuadro clínico, también es cierto que ante la sospecha de cáncer pulmonar, el demandado debió estudiar suficientemente al enfermo para descartar o confirmar la citada patología.

A mayor abundamiento, la nota de alta es concluyente al señalar diagnósticos de egreso: neumonía *vs.* cáncer pulmonar. Lo anterior, demuestra que el primer médico tratante, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al no estudiar suficientemente al enfermo, quien presentaba factores de riesgo, así

como signos y síntomas altamente sugestivos de cáncer pulmonar. Dicho en otros términos, el demandado debió insistir en el estudio del paciente, repetir la fibrobroncoscopia o bien efectuar nueva TC para descartar neoplasia, situación que no ocurrió en el presente caso. A mayor abundamiento, si bien es cierto que existe dificultad diagnóstica del cáncer pulmonar en sus etapas tempranas, también lo es que, ante la duda, el demandado debió tomar las medidas necesarias para cerciorarse del mismo, omitió realizar el estudio necesario para establecer el diagnóstico de certeza. Merced a ello, quedó demostrado que el primer médico tratante, incurrió en mala práctica por negligencia, pues debió ser acucioso en la atención del paciente a fin de establecer el diagnóstico definitivo. Sin perjuicio de lo anterior, la mala práctica observada por el facultativo demandado, no generó daño al paciente, pues si bien es cierto, que otro facultativo diagnosticó cáncer pulmonar (carcinoide bien diferenciado), también es cierto, que de haberse diagnosticado el cáncer durante la atención del demandado, el tratamiento no habría variado. En la especie, la localización hilar del tumor, afección de bronquios segmentarios con extensión a bronquio principal y presencia de ganglios mediastinales reportados en la TC, permiten determinar que de efectuarse el diagnóstico en esa fecha, el tratamiento no se hubiera modificado, pues igualmente estaría indicada mediastinoscopia estadificadora, seguida por neumonectomía derecha y quimioterapia o radioterapia adyuvante.

Es necesario destacar, que el paciente no regresó a consulta con el facultativo demandado. En la especie, la parte actora en su queja, así lo reconoce, pues en la misma manifestó que el demandado citó al paciente. Así mismo, la actora reconoce que optó por consultar otro facultativo. Por lo que, quedó demostrado que el paciente, fue atendido por facultativos distintos al demandado. En efecto, de autos se desprende que le realizaron neumonectomía derecha y posteriormente se indicó quimioterapia. Lo anterior, era necesario debido a la enfermedad del paciente y no a mala práctica del demandado; en esos términos, si bien éste incurrió en mala práctica por negligencia al no estudiar suficientemente al enfermo, también es cierto que esa mala práctica, no generó daño alguno al paciente, en los términos razonados a lo largo del presente análisis del caso. Cabe mencionar, que la atención brindada con posterioridad a la intervención del demandado, fue incluida para el análisis integral del caso, pues la misma fue necesaria debido a la enfermedad del paciente. De acuerdo a lo anterior, resultó improcedente conceder el pago de la indemnización que reclamaba la parte actora, pues no acreditó que se le hubiera generado daño alguno derivado de la *mal praxis* del

demandado, al no haberse generado daño al enfermo en estricto apego a lo establecido en el artículo 2110 del Código Civil Federal, que exige la causación de daños y perjuicios a título de consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deban causarse. En la especie, no se actualizan en el presente caso los supuestos del precepto legal invocado. Finalmente, por cuanto hace a la argumentación de la parte actora, en el sentido de que si le hubieran atendido el tumor cuando era de menor volumen, quizás no hubiera perdido el pulmón y el cáncer hubiera sido controlado, debemos mencionar, que durante el presente asunto arbitral, no demostró los extremos de su afirmación, pues como se ha venido mencionando a lo largo de este análisis, la neumonectomía fue necesaria debido a la enfermedad del paciente y no a mala práctica del demandado.

▷ DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón causa más de un millón de fallecimientos a nivel mundial cada año y es la primera de causa de mortalidad a nivel mundial por cáncer.² Se considera que debido al incremento en el consumo de tabaco, principalmente en los países industrializados, en los próximos años se presentarán un millón y medio de nuevos casos a nivel mundial, por año.³ El cáncer de pulmón permanece con una letalidad alta y los adelantos en su tratamiento no han reducido su incidencia en la mortalidad. En 2010 se ha estimado que en Estados Unidos de América, al menos se diagnosticaron 222 520 casos de esta patología y 157 300 murieron por este tipo de cáncer. En el mismo país, en los hombres causa más defunciones que los siguientes tres cánceres más comunes; próstata, colorrectal y pancreático. En las mujeres, también se observa este comportamiento, causando más defunciones que los siguientes tres cánceres más frecuentes: mama, colorrectal y ovario. Se ha estimado que el cáncer de pulmón es el responsable de 27% de todas las defunciones por cáncer en ese país. El diagnóstico del cáncer broncogénico requiere estudios para evaluar tamaño del tumor, localización, tipo, presencia o ausencia de metástasis, afectación de ganglios linfáticos. Cuando se visualiza el tumor, deben tomarse muestras del tejido, existiendo varios métodos que incluyen: biopsia, cepillado, lavado broncoalveolar, entre otras.⁴ El primer objetivo en el estudio de estos, es evaluar las características de malignidad o benignidad de la lesión, utilizando primero información clínica del paciente, que incluye: edad, presencia de factores de riesgo que incluyen, antecedentes de tabaquismo, exposición a medio ambiente tóxico, antecedente de tumores previos

o tuberculosis. Se realizan estudios auxiliares de diagnóstico que incluyen la telerradiografía de tórax, TC, que evalúa: tamaño de la lesión, tasa de crecimiento, bordes de la lesión, presencia de calificaciones, nódulos satélites. Cuando se tiene la posibilidad, es conveniente realizar tomografía con emisión de positrones (PET) y PET-TC. Cuando el diagnóstico inicial orienta a una neoplasia maligna, se recomiendan procedimientos invasivos, que incluyen: biopsia percutánea o broncoscópica transbronquial, toracoscopia e incluso toracotomía.⁵ La ausencia de crecimiento de la lesión al menos por dos años, la presencia de calcio con patrón característico y edad menor de 35 años sin ningún factor asociado de riesgo, son indicadores razonablemente confiables de que se trata de un proceso benigno. La presencia de múltiples nódulos pulmonares es más frecuentemente encontrada en pacientes con enfermedad metastásica a los pulmones. Otros padecimientos que causan con menor frecuencia nódulos múltiples pulmonares, incluyen: infecciones, malformaciones arterio-venosas, granulomatosis de Wegener y linfoma.⁶ Muchos pacientes en estadios iniciales, I y II, son curables con resección quirúrgica. En pacientes con enfermedad local avanzada, la cirugía también juega un papel importante para proveer control local del tumor. Por lo tanto, el objetivo de estadificar, permite identificar a los pacientes que pueden ser candidatos potenciales para tratamiento quirúrgico. Los recursos que actualmente se emplean para estadificar, incluyen: TC, PET, biopsia por aspiración por vía transtorácica, transbronquial o transesofágica; y, métodos quirúrgicos como la mediastinoscopia y toracoscopia.⁷ Cuando en una TC se observa un nódulo pulmonar solitario con características que sugieren lesión benigna, se debe establecer la etiología de la lesión; para lo cual, será necesario realizar los estudios que permitan identificar su origen, que deben incluir cultivos de secreciones del aparato respiratorio, prueba de bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) en expectoración, evaluación hematológica, arteriografía pulmonar y repetir la TC para identificar cambios en la lesión.⁸ La importancia de diagnosticar y estadificar correctamente la lesión, antes de establecer el tratamiento, ha permitido que se desarrollen diversas propuestas que permitan abordar lesiones que son de difícil acceso, como las lesiones periféricas. La broncoscopia con navegación electromagnética ha mostrado sus beneficios, como lo han señalado Eberhardt, Hansra y Gildea entre otros autores.⁹⁻¹¹ La exactitud diagnóstica de biopsias transbronquiales se ha incrementado significativamente cuando se realiza la toma con guía ultrasonográfica, incluso en lesiones menores de 2 cm de diámetro, localizadas en lóbulo superior izquierdo, que generalmente son más difíciles de

abordar a través de broncoscopia.^{12,13} Otras propuestas incluyen: la utilización de minifórceps para mejorar la toma de biopsias y el sistema *LungPoint*, que produce una vía broncoscópica virtual, indicando el bronquio dentro del cual el broncoscopio debe ser avanzado.^{14,15} En pacientes con sospecha de cáncer de pulmón, la presencia de metástasis en nódulos linfáticos mediastinales es un determinante crítico en el tratamiento y el pronóstico. Se recomienda la estadificación por medios invasivos con confirmación patológica. Existen diversos métodos para cumplir este objetivo, incluyendo la mediastinoscopia. Se han propuesto nuevas alternativas menos invasivas, que aporten la información necesaria para estadificar y tomar decisiones terapéuticas. Estas nuevas alternativas incluyen: Biopsia por aspiración transbronquial, endobronquial y transesofágica con guía ultrasonográfica.^{16,17} Indiscutiblemente, el establecer un diagnóstico oportuno y el manejo adecuado en estos pacientes, son aspectos determinantes en la sobrevida. Es por ello, que ante la sospecha de esta enfermedad, estamos obligados a emplear los recursos necesarios para brindar atención médica de calidad y evitar actuar tardíamente, cuando prácticamente ya no hay nada que ofrecer a los pacientes.

En el presente negocio arbitral, es menester señalar, como de autos se desprende, que las partes pactaron atención médica consistente en una obligación de hacer (brindar la atención). Al respecto, es importante hacer notar que la legislación en vigor, recogiendo los criterios expuestos, señala en el Código Civil Federal, en relación con los principios generales para la interpretación de las obligaciones médicas: Artículo 1915: La reparación del daño debe consistir, a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Artículo 2025: Hay culpa o negligencia cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella. Artículo 2104: El que estuviere obligado a prestar un hecho y dejare de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido, será responsable de los daños y perjuicios. Artículo 2107: La responsabilidad de que se trata en este Título, además de importar la devolución de la cosa o su precio, o la de entrambos, en su caso, importará la reparación de los daños y la indemnización de los perjuicios. Artículo 2110: 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. Artículo 2606: El que presta y el que recibe los servicios profesionales pueden fijar, de común acuerdo, retribución debida por ellos. Artículo 2615: 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 merezca en caso de delito. En igual sentido, el artículo 34 de la Ley de Profesiones para el Distrito Federal ordena, respecto de la valoración del acto médico, 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. Así mismo, el artículo 35 del citado ordenamiento, en lo conducente señala: “*Si el laudo arbitral o la resolución judicial en su caso, fueren adversos al profesionalista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá además indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufre...*”

Se desprende de lo anterior que, para el análisis del caso, ha de atenderse a los elementos objetivos del acto médico, y esto se reduce a la valoración de la idoneidad de los medios empleados, esto es, al análisis de los procedimientos instaurados en la atención médica reclamada. Así, tanto la legislación como la doctrina, coinciden en que las obligaciones de medios o diligencia vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal.

El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo pero no exigirlo, aunque sí puede exigir (según reconoce la legislación) que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia. En las obligaciones de medios como el deudor no puede prometer un resultado, será responsable cuando obró sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exigen tener.

En esos términos, la apreciación subjetiva del paciente (que siempre ha de entenderse como la aspiración de recobrar la salud) sólo es un parámetro que sirve para establecer sus necesidades y cualificar su afección, no para calificar la obligatoriedad del resultado y debe contrastarse con las posibilidades científicamente demostradas. Atendiendo al criterio aceptado por ministerio de la Ley, en el caso de atención médica, cuando se dejan de observar obligaciones de medios o diligencia y de resultados, en su caso, causando una incapacidad a otro, se está obligado a repararla; a menos que se demuestre que dicha incapacidad se produjo a consecuencia de culpa o negligencia inexcusable del paciente, caso fortuito o fuerza mayor. Bajo el tenor señalado, corresponde a

esta institución arbitral estudiar el caso para establecer si el demandado debe quedar obligado al pago reclamado, pues se encuentra facultada para pronunciarse en cuanto a las prestaciones civiles demandadas, en términos de su Decreto, la legislación que en este laudo se menciona y el compromiso arbitral firmado por las partes.

REFERENCIAS

1. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Ciudad de México, Distrito Federal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 29 de Abril de 1986 (consultado: 2011 Feb 23). Disponible en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../lgsmis.html
2. André F, Jacot W, Pujol JL, et al. Epidemiology, prognostic factors, staging, and treatment of non-small cell lung cancer. *Bull Cancer* 1999;3:17-41.
3. Spiro SG, Tanner NT, Silvestri GA, et al. Lung cancer: progress in diagnosis, staging and therapy. *Respirology* 2010;15:44-50.
4. Horne ZD, Landreneau RJ, Luketich JD, Schuchert MJ. Endoluminal management of bronchogenic carcinoma in 2010. Diagnosis, staging, and therapy. *Minerva Chir* 2010;65:635-654.
5. Jimborean G, Ianosis ES, Comes A, et al. Solitary pulmonary nodule; diagnosis criteria and management. *Pneumología* 2009;58:21-8.
6. Viggiano RW, Swensen RJ, Rosenow EC 3rd. Evaluation and management of solitary and multiple pulmonary nodules. *Clin Chest Med* 1992;13:83-95.
7. Passlick B. Initial surgical staging of lung cancer. *Lung Cancer* 2003;42(Suppl 1):S21-5.
8. Soubani AO. The evaluation and management of the solitary pulmonary nodule. *Postgrad Med J* 2008;84:459-66.
9. Eberhardt R, Anantham D, Ernst A, et al. Multimodality bronchoscopic diagnosis of peripheral lung lesions: a randomized controlled trial. *Am J Respir Care Med* 2007;176:36-41.
10. Hansra IK, Ernst A. Bronchoscopic-directed diagnosis of peripheral lung lesions suspicious for cancer. *Thorac Surg Clin* 2007;17:159-65.
11. Gildea TR, Mazzone PJ, Karnak D, Meziane M, Mehta AC. Electromagnetic navigation diagnostic bronchoscopy: a prospective study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174:982-9.
12. Yang MC, Liu WT, Wang CH, et al. Diagnostic value of endobronchial ultrasound-guided transbronchial lung biopsy in peripheral lung cancers. *J Formos Med Assoc* 2004;103:124-9.
13. Medford AR. Endobronchial ultrasound: what is it and when should it be used? *Clin Med* 2010;10:458-63.
14. Herth FJ, Morgan RK, Eberhardt R, Ernst A. Endobronchial ultrasound-guided miniforceps biopsy in the biopsy of subcarinal masses in patients with low likelihood of non-small lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1874-8.
15. Eberhardt R, Kahn N, Gompelmann D, Schumann M, Heussel CP, Herth FJ. LungPoint—a new approach to peripheral lesions. *J Thorac Oncol* 2010;5:1559-63.
16. Wallace MB, Pascual JM, Raimondo M, et al. Minimally invasive endoscopic staging of suspected lung cancer. *JAMA* 2008;299:540-6.
17. Herth FJ, Krasnik M, Kahn N, et al. Combined endoscopic-endobronchial ultrasound-guided fine-needle aspiration of mediastinal lymph nodes through a single bronchoscope in 150 patients with suspected lung cancer. *Chest* 2010;138:790-4.