

## LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS HOSPITALES PRIVADOS. EXPERIENCIAS JURISPRUDENCIALES DE DERECHO COMPARADO

Francisco IBARRA PALAFOX

SUMARIO. I. *Introducción.* II. *Los criterios de las deficiencias asistenciales o errores en la organización hospitalaria y el daño desproporcionado en la jurisprudencia española.* III. *Las fallas en la organización del servicio hospitalario privado en la jurisprudencia francesa.* IV. *Obligación de seguridad en la jurisprudencia franco-argentina y la responsabilidad por enfermedades nosocomiales.* V. *Tesis relevante de la SCJN en México respecto de los médicos como colaboradores aparentes en hospitales privados.*

### I. INTRODUCCIÓN

Antes de entrar al estudio jurídico de la responsabilidad de los establecimientos sanitarios, expondré en esta primera parte información cuantitativa para dimensionar el tamaño de la medicina privada en México y su posición de privilegio en lo relativo a la responsabilidad civil frente a la medicina pública. Es de resaltar que la desinversión en los hospitales del sector público en el país provocó la proliferación de hospitales y clínicas privadas que no reúnen las condiciones de seguridad y calidad en sus servicios, incluidas algunas de los grandes cadenas hospitalarias. Frente a la sustracción de recursos públicos para atender otros gastos y el constante crecimiento demográfico, la sociedad presenció el desplome en la calidad de los servicios en los hospitales públicos y una excesiva demanda de sus servicios.

En 2011, según el Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud, sólo 246 de 4,000 hospitales estaban certificados por este Consejo y únicamente 38 tenían una certificación homologada a los estándares de

la *Joint Commission International*, organización no gubernamental sin fines de lucro que certifica hospitales de todo el mundo.<sup>1</sup>

En otras palabras, a principios de la década que corre, el 94% de los hospitales públicos y privados no estaban certificados (3,754) y sólo 6% contaba con la certificación correspondiente respecto de la calidad de sus servicios. Aun cuando durante los siguientes años existió una creciente presión de los órganos reguladores de la salud en México para que los hospitales se certificaran, el número de certificaciones se desplomó. Así, el propio Consejo de Salubridad General reportaba en 2016 apenas 107 hospitales certificados, de los cuales 19 son públicos y 88 privados.<sup>2</sup> Es decir, en el último lustro la calidad de los servicios prestados en los centros sanitarios mexicanos se deterioró drásticamente. Decrecimos del 6 al 2.8% de hospitales con certificación. En consecuencia, la gran mayoría de los hospitales y clínicas privadas no ofrecen calidad ni seguridad en sus servicios a los tradicionales usuarios del sector hospitalario privado, ni a los millones de personas que migraron a los centros de salud privados ante el abandono del Estado de sus hospitales.

Para exhibir la magnitud de la crisis hospitalaria en México, basta considerar su reducido número de camas con relación a los otros 33 países de la Organización para la Cooperación y el Crecimiento Económico (OCDE). Mientras en 2011 nuestro país poseía apenas 1.6 camas por cada mil habitantes, Alemania contaba con 8.2, Australia 3.8, Austria 7.7, Bélgica 6.5, Canadá 3.2, Checoslovaquia 7.1, Chile 2.1, Corea 10.3, Dinamarca 3.5, Eslovaquia 6.5, Eslovenia 4.6, España 3.2, Estados Unidos 3.0, Estonia 5.4, Finlandia 6.2, Francia 6.9, Grecia 4.8, Países Bajos 4.7, Hungría 7.1, Irlanda 4.9, Islandia 5.8, Israel 3.5, Italia 3.6, Japón 13.7, Luxemburgo 5.6, Noruega 3.3, Nueva Zelanda 2.3, Polonia 6.7, Portugal 3.3, Reino Unido 3.3, Suecia 2.8, Suiza 5.2 y Turquía 2.5. Como se aprecia, México es el país de la OCDE con menos número de camas por cada 1,000 habitantes.<sup>3</sup> Estas cifras, proporcionadas por la Organización Mundial de la

---

<sup>1</sup> “El 94% de los hospitales públicos y privados no están certificados”, *Excelsior*, 22 de febrero de 2011, conforme a la consulta realizada el 30 de junio de 2014 en: <http://www.excelsior.com.mx/node/716345>.

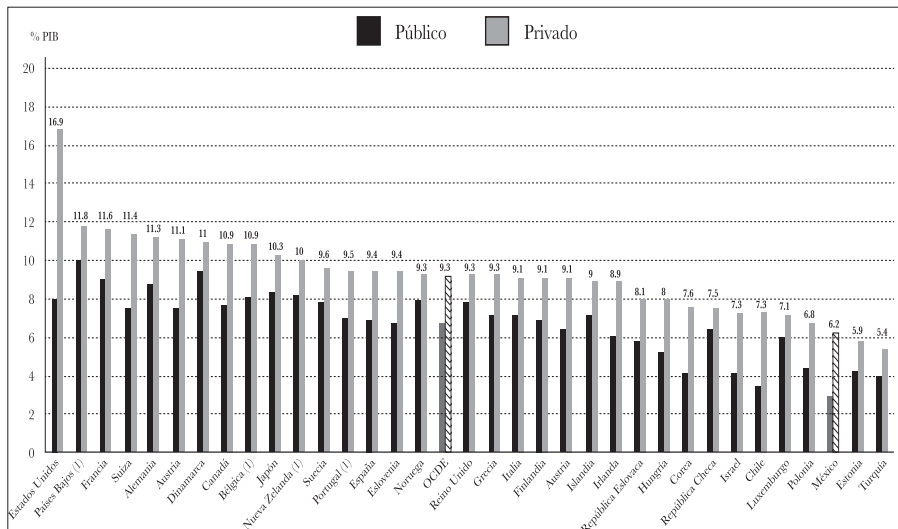
<sup>2</sup> Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, *Establecimientos de atención hospitalaria con certificado vigente. Por entidad federativa, municipio, prestador de servicios y vencimiento de certificación*. Actualización al 14 de junio de 2016, conforme a la consulta realizada el 1o. de mayo de 2017 en la siguiente dirección: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/hospitales/2016/certificadovigente-junio-2016-hospitales.pdf>.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*, consultada en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf), confor-

Salud, se refieren a la cantidad total de camas disponibles en hospitales públicos, privados, generales y especialización y centros de rehabilitación; en la mayoría de los casos incluyen tanto las camas para atención de enfermos agudos como crónicos.

Además, en 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2% de su PIB, entre los más bajos de los países de la OCDE (sólo por encima de Estonia y Turquía) cuyo promedio fue de 9.3%. Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud mediante el Seguro Popular para la población más pobre y no asegurada que comenzó en 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se incrementó en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en 2012. Sin embargo, esta tasa es de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%), y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes de su bolsillo; es decir, los mexicanos se encuentran entre quienes más pagan de su bolsillo para atender su salud y la de sus familiares (véase la gráfica 1).<sup>4</sup> Esta desinversión significó, en los hechos, una privatización de la salud en México.

GRÁFICA 1



me a la consulta del 1o. de mayo de 2017. También puede consultarse la base de datos del Banco Mundial, en la siguiente dirección electrónica: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS>.

<sup>4</sup> OECD, *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*, consultada en la siguiente dirección electrónica el 1o. de mayo de 2017: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>.

El número de camas del sector privado para 2013 era de 36,927, lo cual supera las 32,403 camas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), conforme a las estadísticas proporcionadas por la Secretaría de Salud del gobierno federal. Mientras entre 2007 y 2013 el número de hospitales privados creció 6.6%, en el IMSS fue de apenas 2.6%. Además, el deterioro en la calidad de sus servicios abrió la posibilidad al sector privado para expandir sus centros hospitalarios, abrir laboratorios y ejecutar más procedimientos quirúrgicos. En 2013 el número de quirófanos particulares disponibles llegó a 5,179 contra 4,060 de todo el sector público federal y local (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Defensa, Marina, Pemex y hospitales estatales).<sup>5</sup>

Aun cuando el sector privado posee más quirófanos que el público, este último cuenta con el mayor número de médicos al sumar 194,495 contra apenas 76,085 del sector privado. Es decir, actualmente en México existen más posibilidades de intervenir quirúrgicamente a una persona en un establecimiento sanitario privado que en uno público, entonces la pregunta es: ¿por qué la jurisprudencia mexicana evita la responsabilidad solidaria de los hospitales privados? En este país el tema de la responsabilidad de los hospitales privados está escasamente desarrollado tanto en el foro como en la jurisprudencia.

Uno de los principales incentivos económicos para el crecimiento del sector privado hospitalario proviene del mayor número de cirugías realizadas (muchas de ellas innecesarias) y no del número de consultas ofrecidas a sus usuarios, lo cual explica su extraordinario incremento en el número de quirófanos y su desinterés por contratar médicos. Así, ante el gran número de *iatrogenias* o actos médicos dañinos, crece la exigencia por estudiar no sólo la responsabilidad de los médicos sino también de los centros hospitalarios donde acontecen estos actos.

En principio, no hay duda de que la jurisdicción competente para conocer de las reclamaciones de la responsabilidad patrimonial frente a centros hospitalarios públicos es el área contencioso-administrativa. Ya la jurisprudencia mexicana reconoció que los médicos ejecutantes de cirugías en sus instalaciones son servidores públicos, motivo por el cual no existe problema para establecer la relación del médico con el hospital al momento de hacer frente a la responsabilidad patrimonial y moral. Se trata de una responsabilidad concurrente y solidaria reconocida jurisprudencialmente.

Sin embargo, algo diferente por completo sucede en lo relativo a la responsabilidad de los centros hospitalarios privados, donde la jurisprudencia

---

<sup>5</sup> “Tiene IP ‘boom’ en salud”, periódico *Reforma* del 5 de mayo de 2014, p. 1.

cia mexicana no reconoce la solidaridad entre el médico y el hospital en el momento de ocurrir una *iatrogenia* aun cuando exista semejante corresponsabilidad. Los centros sanitarios privados al momento de ingresar a sus pacientes para hospitalización los inducen a firmar un contrato de servicios hospitalarios, donde eximen al centro hospitalario de cualquier responsabilidad de lo realizado por el médico tratante, pese a que el profesional de la salud mantenga con ellos una estrecha relación de negocios o, inclusive, dependencia laboral.

Es así como las grandes cadenas hospitalarias que operan en México y los centros sanitarios medianos y pequeños obligan a sus pacientes a suscribir contratos de servicios hospitalarios mediante los cuales proveen al usuario principalmente de una habitación, equipo e instrumental médico, simulando inclusive un contrato hotelero. Con independencia de que este instrumental se conforma por objetos peligrosos que en manos inexpertas provoca daños y responsabilidad objetiva para el hospital, los contratos de servicios hospitalarios, predominantes en la práctica sanitaria mexicana, ocultan la estrecha relación entre el médico y el establecimiento sanitario con el claro objetivo de eximir al hospital y a sus empresarios de la responsabilidad solidaria (distinta de la objetiva) que adquirirían por la *malpraxis* médica del personal sanitario que se desenvuelve en sus instalaciones.

De esa manera, la jurisprudencia médica mexicana vive en una aguda contradicción: tratándose de personal sanitario de hospitales públicos sí reconoce la responsabilidad solidaria basándose en la naturaleza de servidores públicos de éstos, mientras en establecimientos sanitarios privados la niega aunque exista dependencia, dirección y estrecha vinculación económica de ambos. La consecuente responsabilidad generada por la *malpraxis* médica no debería poseer un estatuto diferente en ambos sectores, pues se trata de un derecho humano reconocido. En efecto, aun cuando los centros sanitarios médicos públicos y privados poseen un régimen constitutivo diferente, en el momento de relacionarse con la salud de la población están sujetos a un derecho de orden público, necesario de proteger en condiciones de igualdad. Éste es el sentido del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley General de Salud, la cual reconoce a los centros sanitarios privados como integrantes del sistema nacional de salud.

Mantener el actual estado de cosas de la jurisprudencia mexicana crea una desigualdad evidente en el acceso a la reparación del daño para quienes acceden a la salud privada; negar la corresponsabilidad de las instituciones sanitarias privadas, cuando ésta exista, significará la imposibilidad de exigir al hospital la indemnización correspondiente para las víctimas de la *malpraxis* médica, creando un régimen de privilegio para el sector privado médico.

Esta situación parece aún más difícil de sostener desde la promulgación de la nueva Ley de Amparo publicada en 2013, la cual inclusive reconoce la posibilidad de la procedencia del amparo contra actos de particulares semejantes a los emitidos por una autoridad. Asimismo, el derecho comparado mediante la jurisprudencia existente nos muestra la existencia de caminos transitables para exigir la responsabilidad de los centros sanitarios privados; inclusive la propia Suprema Corte de Justicia en México (SCJN) ha dado sus primeros pasos en este sentido en el amparo en revisión 584/2013.

Actualmente en México, quien es afectado en su salud por la responsabilidad de la institución sanitaria sólo tiene la posibilidad de acudir al régimen de responsabilidad objetiva normado por el derecho civil, donde no es exigible la culpa. En efecto, como lo dispone el artículo 1913 del Código Civil del Distrito Federal,

cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosos por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzca o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Esta responsabilidad objetiva del derecho mexicano está relacionada con la responsabilidad extracontractual de los centros hospitalarios privados que encuentra su origen el artículo 1910 del Código Civil para el Distrito Federal. Sin embargo, los juzgadores civiles pueden condenar a los hospitales privados por ser responsables objetivamente y en el ámbito extracontractual, pero el Poder Judicial federal no ha emitido una jurisprudencia con criterios suficientes para construir la solidaridad de los hospitales privados con los profesionales sanitarios que operan en sus instalaciones aun cuando existe una relación laboral de facto o una constante relación de negocios.

En contraste, en el derecho comparado encontramos criterios jurisprudenciales para la construcción de esa solidaridad y corresponsabilidad en nociones como las *deficiencias organizacionales y asistenciales* de los centros privados, o el *daño desproporcionado* padecido por los pacientes, los cuales inclusive modifican las tradicionales reglas de la prueba a cargo de los pacientes.

En efecto, debido a la relación asimétrica existente entre los pacientes con los médicos y hospitales, en el derecho comparado se construyeron una serie de criterios para atenuar la carga de la prueba de las personas afectados por la *malpraxis* médica, pues son los centros hospitalarios y su personal quienes, colocados en una posición de ventaja, poseen el conocimiento mé-

dico y la información correspondiente para explicar la organización corporativa, comercial y laboral de sus centros de salud.

A continuación examinaré algunas sentencias y criterios relevantes de la jurisprudencia tanto española, francesa y argentina con el propósito de proporcionar elementos de derecho comparado útiles para el desarrollo de la jurisprudencia mexicana sobre esta materia, incipiente hasta el momento.

## II. LOS CRITERIOS DE LAS DEFICIENCIAS ASISTENCIALES O ERRORES EN LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA Y EL DAÑO DESPROPORCIONADO EN LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA

La jurisprudencia española tiene clara la doble modalidad de la responsabilidad y ha condenado a los centros hospitalarios privados tanto por la negligencia de sus médicos como por actos del propio hospital, los cuales se denominan fallos o deficiencias asistenciales. En estos últimos supuestos, los jueces españoles se enfrentaron a errores provenientes de la organización, coordinación, o falta de medios humanos y técnicos, o bien, de cualquier otro tipo imputable al hospital. Aquí no realizaré un análisis de la responsabilidad civil de los médicos por corresponder a un estudio diferente.<sup>6</sup> Me concentraré en la segunda de las modalidades, la referida a las deficiencias asistenciales o fallas en la organización, cuyo estudio arroja luces para una mejor protección de los derechos humanos de los usuarios de los centros hospitalarios privados.

Así, en España la falla organizativa del hospital se encuentra en la sentencia del 20 de julio de 2009 del Tribunal Supremo Español (TSE) quien condenó a un hospital privado a indemnizar por las secuelas derivadas en el recién nacido como resultado del sufrimiento fetal agudo durante el parto; aunque la decisión de realizar una cesárea se tomó a tiempo, el sistema de guardias del propio hospital retrasó la cirugía 1 hora y 45 minutos, ocasionando afectaciones irreversibles en el menor.<sup>7</sup> La sentencia expresó así la responsabilidad del hospital:

Al establecimiento médico, porque esta responsabilidad no descarta la del propio centro por aplicación del artículo 1902 del Código Civil, cuando le es directamente imputable una prestación de un servicio irregular o defectuoso por omisión o por incumplimiento de los deberes de organización, de vigi-

---

<sup>6</sup> Para la responsabilidad de los médicos, véase González Alcántara, Juan Luis, *La responsabilidad civil de los médicos*, México, Porrúa, 2009.

<sup>7</sup> Elizari Urtasun, Leyre, *El daño desproporcionado en la responsabilidad de los médicos y los centros hospitalarios*, Valencia, España, Tirant lo Blanch, 2012, p. 131.

lancia o de control del servicio. Estaríamos más que ante una responsabilidad por hecho ajeno en sentido propio, ante una responsabilidad por la deficiente prestación de un servicio al que está obligada la entidad y que se desarrolla a través de profesionales idóneos, cuya organización, dotación y coordinación le corresponde.<sup>8</sup>

Asimismo, en España la responsabilidad de los centros hospitalarios por fallas en la organización no sólo es jurisprudencial, sino también al amparo del artículo 1903.4 del Código Civil Español (CCE), deben responder por daños causados por sus dependientes. En este caso la responsabilidad del empresario, titular de servicios médicos, descansa en la culpa propia en virtud de la cual debe responder por hechos de sus médicos; traducida en culpa por no vigilar, elegir o dirigir a sus empleados o a quienes ejecuten actos médicos en sus instalaciones. El último párrafo del artículo 1903 del CCE posee una presunción de culpa que favorece al paciente, de forma que él no debe acreditar la culpa del empresario, sino que es éste quien debe acreditar la inexistencia de la negligencia para exonerarse de responsabilidad.<sup>9</sup>

Aun cuando con frecuencia la jurisprudencia española se manifestó por la responsabilidad objetiva únicamente del hospital, para efectos de estipular las indemnizaciones, la jurisdicción contencioso-administrativa y la civil se refugian en los conceptos de antijuridicidad y nexos causal, exigiendo la infracción de la *lex artis ad hoc* por parte de los profesionales médicos para condenar al hospital; es decir, la jurisdicción casi nunca ha abandonado la exigencia de culpa, a pesar de estar ante regímenes de responsabilidad objetiva (donde la existencia de culpa es irrelevante) y busca la conducta negligente de los médicos o del propio centro.

Sin embargo, el TSE condenó al centro sanitario sin necesidad de una plena acreditación de la culpa del centro o de los facultativos responsables de la atención del paciente. Estos casos se separan de la tendencia general de exigir una culpa “dura” y se encuadran en la doctrina jurisprudencial española del “daño desproporcionado” porque parten de un daño grave o impresionante sobre la salud del paciente que presupone la negligencia del médico y/o del hospital. La sentencia del 29 de junio de 1999 de este Tribunal es un buen ejemplo: la paciente fue sometida a una operación de extirpación de la vesícula; en el posoperatorio sufrió mareo, durante el traslado en ambulancia tuvo un episodio cardíaco y finalmente falleció. Las sentencias de primera instancia y apelación absolviéron a los médicos, al director del centro y al Instituto Nacional del Salud español (Insalud) por no apreciar culpa

<sup>8</sup> Sentencia del TSE del 22 de mayo de 2007, en Elizari, Urtasun, *op. cit.*, p. 131.

<sup>9</sup> Elizari, Urtasun, *op. cit.*, p. 132.



de los médicos, ni insuficiencia de medios en el hospital. Sin embargo, el TSE mantuvo la absolución de los médicos por no apreciar ninguna actuación negligente pero condenó al Insalud con base en la doctrina del daño desproporcionado:

... sobre el daño desproporcionado, del que se desprende la culpabilidad del autor (así, la sentencia de 13 de diciembre de 1997 y 9 de diciembre de 1998), que corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma) que se refiere a una evidencia que crea una deducción de negligencia y ha sido tratada profusamente por la doctrina angloamericana y a la regla del *Anscheinsbeweis* (apariencia de prueba) de la doctrina alemana y, asimismo, a la doctrina francesa de la *faute virtuelle* (culpa virtual); lo que requiere que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que el mismo no sea causado por una conducta o una acción que corresponda a la esfera de la propia víctima.

En el caso presente, una mujer relativamente joven (44 años) se somete a una operación relativamente sencilla (extirpación de la vesícula biliar) y fallece de una parada cardiorespiratoria, sin que el centro médico dé la más mínima explicación coherente sobre ello. Es un resultado desproporcionado, la cosa habla por sí misma (*res ipsa loquitur*) y hay clara apariencia de prueba (*Anscheinsbeweis*) de la culpa, culpa virtual (*faute virtuelle*) que si no consta la negligencia de médicos concretos, sí aparece, como dice la sentencia de 2 de diciembre de 1996, una presunción desfavorable que pueda generar un mal resultado, cuando éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente, según las reglas de la experiencia y el sentido común, revele inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, según el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar, o el descuido en su conveniente y temporánea utilización.

La base jurídica del presente caso se concreta en la responsabilidad por hecho ajeno del párrafo 4o. del artículo 1903 del Código Civil. La responsabilidad del empresario, en general, tiene un matiz marcadamente objetivo, fundándose en la responsabilidad por riesgo y en la culpa *in vigilando* o *in eligendo* general de la responsabilidad sanitaria (responsabilidad del centro médico, por deficiencias de funcionamiento u organización, negligencias del personal, etc.). Como una subespecie de la responsabilidad médica más cerca de la responsabilidad sanitaria en general, se sitúa la derivada de conductas que supongan una falta de coordinación entre los especialistas que tratan a un paciente, más aún cuando tal evento sucede dentro del mismo centro hospitalario, o cuando determinados elementos de información que constan en el historial del paciente no son considerados o se soslayan en el tratamiento o

en la intervención quirúrgica, tal como expresan las sentencias de 1o. de julio de 1997 y 21 de julio de 1997.<sup>10</sup>

En este caso y en lo relativo al nexo causal es donde realmente parece actuar la doctrina del daño desproporcionado: el fallecimiento acaeció en el ámbito de actuación del hospital, sin que éste proporcionara una explicación para justificar el resultado, lo cual es suficiente para encontrar el nexo causal, aunque no se sepa qué sucedió exactamente. Una resolución más reciente —TSE de 23 de mayo de 2007— condenó al Hospital Municipal de Barcelona por el fallecimiento de un paciente operado para corregir la desviación del tabique nasal. Tras la intervención, estando desentubado y semidespierto quedó a cargo de la anestesista. El paciente manifestó dificultad para respirar y convulsiones. La anestesista le suministró oxígeno y corticoides, y junto con otra anestesista intentaron intubarle, advirtiendo un edema de glotis que impedía la entubación. Avisaron al cirujano quien practicó traqueotomía pero no pudo reanimar al paciente, entró en coma y falleció.<sup>11</sup>

Las deficiencias asistenciales o fallas en la organización incluyen todos aquellos incumplimientos o errores de funcionamiento del servicio hospitalario no imputables a un concreto profesional, como son los problemas posoperatorios, daños derivados de la falta de coordinación entre servicios, deficiencias en las guardias médicas, etcétera; el recurso al “conjunto de posibles deficiencias asistenciales” se ha utilizado en España para eximir al paciente de probar qué profesional concreto incurrió en negligencia. Nuevamente lo recoge el TSE en su sentencia del 17 de mayo de 2002, apoyándose en la doctrina del daño desproporcionado:

Quando la reclamación se formula contra una administración sanitaria, los tribunales se orientan en una línea de responsabilidad prácticamente objetiva, de suerte que la institución demandada es condenada a indemnizar por virtud del resultado acaecido, esto es, abstracción hecha de que quede acreditada en el juicio la culpa de algún concreto facultativo o, en general, de un profesional sanitario, de los que hubieren intervenido en la asistencia al enfermo. Cuando así ocurre, los tribunales acuden a la idea de “conjunto de posibles deficiencias asistenciales”, lo que exime al paciente de la prueba de en cuál de los momentos de la atención médica se produjo la deficiencia y, por tanto, de la prueba de la identidad del facultativo que hubiere podido incurrir en ella. La sentencia de esta Sala de 16 de diciembre de 1987 es

---

<sup>10</sup> Sentencia del TSE del 26 de junio de 1999 en Elizari, Urtasun, *op. cit.*, pp. 140 y 141.

<sup>11</sup> Elizari, Urtasun, *op. cit.*, p. 142.

precursora cuando establece: que en materia de responsabilidad y muy especialmente cuando su causa originadora se encuentra en esos complejíssimos establecimientos asistenciales dirigidos a la atención sanitaria de cada vez más amplios grupos de población, para inquirir cuál pueda ser la de alguno o varios de sus miembros, se hace preciso acudir a una interpretación no sólo lógica sino también sociológica de los preceptos reguladores de dicha institución, sin olvidar el soporte de la “*aequitas*” aquí siempre conveniente; y en todo momento, con la atención puesta en la realidad social de nuestro tiempo, como tiene declarado reiteradamente esta Sala, con objeto de lograr que en estos casos, la aplicación del derecho constituya el medio más idóneo para el restablecimiento del orden perturbado.

Asimismo tiene declarado esta Sala que la doctrina sobre la carga de la prueba, en el sentido de que no opera, en principio, contra el médico o profesional sanitario, estando, por tanto, a cargo del paciente, se excepciona en aquellos casos en que por circunstancias especiales acreditadas o probadas por la instancia, el daño del paciente es desproporcionado, o enorme, o la falta de diligencia e incluso obstrucción o falta de cooperación del médico ha quedado constatada por el propio Tribunal.<sup>12</sup>

En este caso, se pretende que la doctrina del daño desproporcionado refuerce la condena a pesar de no reconocer cuál profesional concreto incurrió en negligencia; eso no significa la inexistencia de una conducta culposa en sentido “duro”.

Al mismo conjunto de “deficiencias asistenciales” acude el TSE en su resolución del 18 de febrero de 2004, aunque sin referirse a la doctrina del daño desproporcionado respecto al Insalud. La paciente fue tratada de una lesión en la mano en urgencias y posteriormente sometida a una intervención quirúrgica. Después del tratamiento presentó lesión de la rama palmar del mediano. Según la prueba pericial judicial, era imposible que dicha lesión hubiera sido consecuencia del traumatismo inicial, por lo cual el TSE consideró que se debió al tratamiento “sin que sea obstáculo a esta declaración de responsabilidad el que no haya podido determinarse en qué fase del tratamiento se produjo el resultado dañoso ni si el mismo fue debido a una sección de la rama palmar del nervio mediano o a una lesión del mismo nervio de otra entidad o naturaleza”.<sup>13</sup>

Igualmente, una deficiencia asistencial o falla en la organización hospitalaria es el supuesto de falta de coordinación resuelto por el TSE en su sentencia de 22 de mayo de 1998. Tras el empaste de una muela, el paciente

---

<sup>12</sup> *Ibidem*, pp. 148 y 149.

<sup>13</sup> *Ibidem*, pp. 149 y 150.

presentó un flemón que no se solucionó con antibióticos e ingresó en urgencias. Al día siguiente del ingreso se le practicó un drenaje y después dos más hasta producirse un shock séptico que le produjo la muerte. El TSE consideró estar en presencia de un daño desproporcionado que presupuso la culpa del centro hospitalario.<sup>14</sup>

En otro caso, la tercera sala del TSE en su sentencia del 18 de octubre de 2010 entendió la existencia de una deficiencia del sistema asistencial, pues debió contarse en la intervención quirúrgica con la presencia de neurocirujanos y no sólo de ortopedistas, y “aun sin una vulneración evidente de la *lex artis*” se produjo un resultado desproporcionado obligando al centro a ofrecer una explicación causal compatible con su diligencia y con la de los médicos implicados por su cercanía con las fuentes de prueba, lo cual nunca sucedió.<sup>15</sup>

También se incluyen entre las negligencias imputables a los centros sanitarios el fracaso de los medios materiales o técnicos a cargo del centro. Así, la sentencia del 31 de julio de 2002 del TSE condenó a la clínica privada donde se atendió un parto porque el bebé padeció sufrimiento fetal agudo y falleció por no tener más que un monitor, sumado a la deficiente organización a nivel de medios técnicos y humanos (condenando al ginecólogo y a la matrona por su propia negligencia). En la citada sentencia del 20 de julio de 2009, igualmente, condenó a la clínica privada donde se atendió un parto; aquí, el ginecólogo, cuya actuación se estimó conforme a la *lex artis*, decidió practicar una cesárea a tiempo, pero fracasó el sistema organizativo de guardias médicas del centro, que debía permitir la práctica de una cesárea en un tiempo prudencial. Se estimó que el retraso imputable al centro era la causa del sufrimiento fetal agudo y las secuelas ocasionadas en el bebé. En ninguna de las dos sentencias se aplicó la doctrina del daño desproporcionado en relación con el centro, pero sí en relación con los profesionales (a la matrona y al ginecólogo, respectivamente).<sup>16</sup>

En la decisión de la tercera sala del TSE de 20 de septiembre de 2005, la Sala de instancia desestimó la reclamación por no existir nexo causal, al acreditarse la lesión medular. Sin embargo, para el tribunal sí estaba probado que la paciente entró en el quirófano sin lesión medular alguna y salió tetrapléjica. Esta resolución estipula que

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 151.

<sup>15</sup> *Ibidem*, pp. 152 y 153.

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 154.

será evidentemente la administración sanitaria la que habrá de explicarlo y si no puede hacerlo, en todo caso, habrá de indemnizar por responsabilidad patrimonial, de carácter eminentemente objetivo... por lo que, lógicamente, habrá de adoptarse una cierta flexibilidad de modo que no se exija al perjudicado una prueba imposible o “diabólica”.<sup>17</sup>

Aun cuando existen más sentencias relacionadas, citaré por último la del TSE del 18 de octubre de 2003 (Sala 3a.), donde señala que no existe certeza sobre el nexo causal y se contenta con su probabilidad:

Y en base a este dictamen que transcribe literalmente llega a la conclusión que la pretensión indemnizatoria debe ser acogida, pues si bien no puede afirmarse la existencia de una vulneración evidente de la “*lex artis ad hoc*” en el manejo quirúrgico del caso, no debe olvidarse que se produjo un resultado desproporcionado, en cuyo supuesto el Centro sanitario debe ofrecer una explicación causal compatible con su diligencia y la de los médicos implicados, en función de su cercanía a las fuentes de prueba, cosa que no ha hecho.

A este respecto, se alude a un origen vascular como mecanismo de producción más probable de las secuelas habidas, pero tal postura no puede acogerse, pues el señor Leoncio expresa que las imágenes del TAC realizado el 17 de julio de 2001 muestran una notable intrusión del arco posterior y fragmentos óseos en el canal medular, estimando que esa invasión del arco posterior vertebral en el canal medular “verosímilmente causó la paraplejía”.

En este caso el perito estableció que era necesaria en la intervención quirúrgica la participación de neurocirujanos, a quienes correspondía el manejo de la lesión medular, no a los ortopedistas como únicamente aconteció. “De ahí, se evidencia el nexo causal existente entre la actividad sanitaria realizada y el daño ocasionado, máxime cuando como razona la Sala de instancia incumbía a la administración ofrecer una explicación causal compatible con su diligencia y la de los dos médicos implicados”.

### III. LAS FALLAS EN LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO HOSPITALARIO PRIVADO EN LA JURISPRUDENCIA FRANCESA

Inicialmente, en Francia los errores o fallas en la organización y el funcionamiento de un servicio eran una noción del derecho administrativo aplicables a los hospitales públicos que progresivamente penetró al dominio, más restringido, de la responsabilidad de los establecimientos de salud privados.

---

<sup>17</sup> *Ibidem*, pp. 163 y 164.

Aun cuando el fundamento de las responsabilidades de estos últimos es de naturaleza contractual, también se encuentran sujetos a cumplir con las funciones de organización que garanticen el máximo de calidad y seguridad para sus usuarios, misión compartida tanto por los hospitales públicos como por los privados. Así, los errores o fallas dentro de la organización del servicio privado son cada vez utilizados por las diversas jurisdicciones francesas para fincarles responsabilidad. Si este error es reconocido, la falla dentro de la organización del servicio descansa sobre los centros hospitalarios y no sobre los médicos.

La sentencia fundadora de la responsabilidad de los establecimientos de salud privada es la famosa decisión *Clinique Sainte Croix* (Clínica Santa Cruz) del 6 de marzo de 1945 emitida por la Corte de Casación. Esta sentencia reconoció la obligación de los establecimientos de salud privada de procurar a sus pacientes los cuidados necesarios y humanos conforme a la disciplina médica, lo cual los obliga a proporcionarse de una organización permanente y eficaz para tal efecto.<sup>18</sup>

La influencia de esta sentencia es frecuente en muchas otras decisiones recientes; por ejemplo la del 15 de diciembre de 1999, cuando un niño nació sin movimiento respiratorio espontáneo y la intubación necesaria para restablecer la respiración no fue realizada debido a la ausencia de un médico anestesista competente. Para fincar la responsabilidad de la clínica por el perjuicio sufrido por el menor, quien padecerá las secuencias asociadas a la falta de ventilación de su cerebro, la Corte de Casación señaló que

en virtud del contrato de hospitalización y de cuidados asociados con su paciente, el establecimiento de salud privado está obligado a proporcionarle los cuidados calificados a su servicio, particularmente lo relativo a proveerle los médicos especializados para intervenir en los plazos impuestos por su estado de salud.

Al no satisfacerse la obligación dicha, la clínica “había cometido una falta dentro de su organización”.<sup>19</sup>

Esta decisión fue reiterada por la sentencia del 13 de noviembre de 2008 a propósito de una paciente quien, a punto de dar a luz, no recibió los cuidados apropiados por los médicos de guardia al momento de recibirla; en consecuencia, el menor sufrió una encefalopatía anóxica perinatal y padeció secuelas irreversibles el resto su vida. Aquí, la Corte de Casación

---

<sup>18</sup> Vialla, François (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, Francia, LGDJ Éditions, 2014, p. 700.

<sup>19</sup> *Ibidem*, p. 701.

ratificó la decisión de la Corte de Apelación sobre la existencia de una falla en la organización de la clínica, la cual contribuyó al daño del menor.<sup>20</sup>

En la sentencia del 21 de febrero del 2006, relacionada también con la existencia de una falla dentro de la organización del servicio, la Corte de Casación señaló que la organización del servicio incumbe únicamente al establecimiento de salud privada y no al médico tratante, quien en el supuesto de negligencia también podría ser responsable. En este caso, se trataba de un médico anestesista encargado de la supervisión posoperatoria de un paciente quien debía recibir un analgésico administrado por catéter significativamente durante la noche. Sin embargo, la enfermera de guardia nocturna no alertó al anestesista del entumecimiento de los miembros inferiores padecido por el paciente, esta anomalía le originó una parálisis de las piernas de por vida. Aunque la Corte de Apelación de Aix-en-Provence sostuvo no solamente la responsabilidad de la clínica sino también la del médico por una “negligencia de su parte dentro de la organización del servicio”, la Corte de Casación censuró esta decisión al afirmar que “la organización del servicio incumbe al establecimiento de salud” y que al médico tratante no se le puede imputar la falta asociada a “la insuficiencia de cuidados durante su ausencia o a la carencia de indicaciones sobre el estado de salud del paciente”.<sup>21</sup>

En derecho privado, la relación entre un establecimiento de salud con un paciente es de naturaleza contractual, consecuentemente, la falla en la organización del servicio sirve de apoyo para fincar la responsabilidad de una clínica, la cual encontrará su fundamento en el contrato de hospitalización que une al paciente con la clínica, distinto del contrato de servicios celebrado entre el paciente y el médico tratante. Así, en virtud del contrato de hospitalización la Corte de Casación, en su sentencia del 13 de noviembre del 2008, sostiene la responsabilidad de un establecimiento de salud por carecer de rigor en la organización de sus guardias.<sup>22</sup>

Aunque la falla en la organización hospitalaria sea contractual para los hospitales privados, y estatutaria para los públicos, ambas descansan en la falta de satisfacción respecto de su misión. Actualmente, este fundamento está unificado por el artículo L.6111-1 del Código de la Salud Pública francés relacionado con los artículos 5 y 23 de la Ley núm. 2002-303 del 4 de marzo de 2002. Estas disposiciones señalan que los centros sanitarios deben disponer de una organización adecuada para asegurar no sólo la recepción

---

<sup>20</sup> *Idem.*

<sup>21</sup> *Ibidem*, pp. 700 y 701.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 704.

y seguridad del paciente, sino también la calidad de los cuidados prodigados. En efecto, si la organización técnica de los cuidados corresponde a los médicos, es responsabilidad del establecimiento proporcionarles a éstos los medios indispensables para atender a los pacientes.<sup>23</sup>

En principio, un establecimiento de salud debe organizar la recepción de sus pacientes; esta exigencia es particularmente importante en los centros de salud pública en consideración a su calidad de servicio público, por lo cual debe recibir a sus pacientes sin retraso. Al respecto, la Corte de Casación también sostuvo una obligación semejante para los hospitales privados en aquellos casos donde no existiera otra forma de atender a los pacientes de urgencias. Si no se realizara la recepción, esta Corte dispuso que se incurre en una falla de organización en razón del retraso impuesto al paciente para su atención. Asimismo, la falta de organización en los cuidados del paciente también existirá cuando haya una insuficiencia de personal para la atención o una ausencia de personal calificado.<sup>24</sup>

Igualmente, el Consejo de Estado consideró que la ausencia de un médico especializado en la hipótesis de un parto distócico justifica la imputación de la responsabilidad del establecimiento sobre el fundamento de una falla en la organización y el funcionamiento del servicio. De la misma manera, la Corte de Casación declaró la responsabilidad de un establecimiento de salud privado por no organizar y prever la presencia de médicos anestelistas en casos indispensables.<sup>25</sup>

Finalmente, el Consejo de Estado dispuso que la realización por un médico internista de guardia de actos que excedan su competencia constituye una falla en la organización y el funcionamiento del servicio hospitalario; para no incurrir en responsabilidad, en todo momento el hospital debe asegurarse de la verdadera competencia de su personal.

#### IV. OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD EN LA JURISPRUDENCIA FRANCO-ARGENTINA Y LA RESPONSABILIDAD POR ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

Conforme a ciertos fallos, la obligación de medios del médico no excluye la coexistencia de un deber accesorio de seguridad de resultado. Existe una obligación del médico y del centro hospitalario de seguridad para reparar el daño causado a su paciente por un acto quirúrgico necesario al tratamiento,

---

<sup>23</sup> *Ibidem*, pp. 704 y 705.

<sup>24</sup> *Ibidem*, pp. 707 y 708.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 708.



cuando el menoscabo no tiene relación con el estado anterior de la víctima ni con la evolución prevista por la enfermedad.

En consecuencia, la responsabilidad médica quedaría virtualmente dividida en dos segmentos principales. El primero relativo a la obligación central de cuidados, reducida a la implementación de los medios idóneos para llegar al resultado deseado, es decir, a la cura del paciente. La segunda se refiere a una obligación accesorio de seguridad (expresa o no en el contrato), la cual absorbería todo daño imputable al acto médico-asistencial.

Mientras la obligación principal que recae sobre el médico es un deber de actividad, por lo cual debe brindar cuidados responsables, atentos y conforme al padecimiento del enfermo, en contraste, la obligación accesorio de seguridad puede encontrarse fuera de los supuestos de la falta técnica, en las denominadas zonas extra o paramédicas, donde la responsabilidad de los establecimientos sanitarios privados podría ser evidente. Así, no obstante el deber principal de cuidados, el centro hospitalario asume una obligación de seguridad de medios, consistente en velar por que el paciente no sufra daños durante la ejecución del contrato. Por lo general, esta obligación de seguridad es de resultados, con excepción de aquellos supuestos donde se esté sujetos a circunstancias muy aleatorios.<sup>26</sup>

Generalmente se admiten cuatro hipótesis principales donde opera la garantía de seguridad:

- a) Supuestos de infecciones hospitalarias.
- b) Daños causados por el material utilizado por los médicos, normalmente proporcionado por el establecimiento sanitario.
- c) Cuestiones relacionadas con la pureza de los productos sanguíneos administrados a los pacientes.
- d) Obligación de calidad respecto de los fármacos elaborados por el fabricante de medicamentos.<sup>27</sup>

Por ser la más común, hagamos un análisis particular de las obligaciones de seguridad ignoradas cuando tiene lugar una infección hospitalaria. Como se dijo arriba, la obligación de seguridad en materia médico-asistencial sólo es susceptible de ser aplicada en aquellas zonas ajenas a la presta-

---

<sup>26</sup> Prevot, Juan Manuel, *Obligaciones de seguridad, infecciones hospitalarias y responsabilidad médico asistencial*, en Vázquez Ferreyra, Roberto (dir.), *Tratado jurisprudencial y doctrinario. Responsabilidad civil médica*, Buenos Aires, La Ley, 2011, pp. 528 y 529; véase también Prevot, Juan Manuel, *La responsabilidad civil de los médicos*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2008, pp. 267-330.

<sup>27</sup> Prevot, Juan Manuel, *Obligaciones de seguridad, infecciones hospitalarias y responsabilidad médico asistencial*, *cit.*, pp. 529 y 530.

ción principal de cuidados. De esta naturaleza son todas las cuestiones relativas a la asepsia o esterilización del instrumental, materiales e instalaciones, ubicadas en una zona de penumbra que rodea al acto médico y colocadas fuera de él. Asimismo, la mayor parte de las veces estas obligaciones de seguridad caen bajo la responsabilidad del establecimiento sanitario; conforme a estas directrices, la infección nosocomial consecuencia del acto médico y manifestada *a posteriori* de una intervención, cirugía u operación, tendría su origen en la falta de esterilización, higiene o control del establecimiento hospitalario en etapas anteriores o posteriores a la intervención médico-quirúrgica.<sup>28</sup>

Si la infección es anterior al acto médico es denominada “endógena” y en este supuesto no enfrentamos un caso de responsabilidad del establecimiento médico conforme a lo dispuesto por la judicatura argentina: “si se acredita en el expediente que la infección es puramente endógena, así el supuesto en que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso al ingresar al sanatorio, sin que hayan influido elementos externos, parece indudable que no podrá responsabilizarse al ente asistencial”. Distinto es el caso de las infecciones exógenas, donde el padecimiento se manifiesta como consecuencia del incumplimiento de las medidas higiénicas adecuadas por parte del establecimiento sanitario y, en consecuencia, la infección se revela como una manifestación culposa, donde el hospital, sus dependientes y directivos no podrían alegar hechos o circunstancias aleatorias fuera de su previsión posible. El lavado de manos, la preparación prequirúrgica de la piel, la limpieza y desinfección de las superficies en tiempo y forma; la puesta en marcha de métodos, estrategias y control en el uso de catéteres intravasculares, la desinfección adecuada del equipo médico y del medio hospitalario, las precauciones de aislamiento, constituyen todos ellos mecanismos de prevención de infecciones, que por su naturaleza deben ser garantizados a título objetivo por el establecimiento hospitalario.<sup>29</sup>

#### V. TESIS RELEVANTE DE LA SCJN EN MÉXICO RESPECTO DE LOS MÉDICOS COMO COLABORADORES APARENTES EN HOSPITALES PRIVADOS

Aunque no tiene carácter de jurisprudencia y es apenas una tesis aislada, se debe subrayar el incipiente desarrollo de la responsabilidad solidaria de los

---

<sup>28</sup> *Ibidem*, pp. 534 y 535.

<sup>29</sup> *Ibidem*, pp. 535 y 536.

hospitales privados por el máximo tribunal de este país. Así, la Primera Sala de la SCJN resolvió el amparo en revisión 584/2013, donde negó el amparo al Hospital Infantil Privado, al estimar correcta la sentencia dictada en amparo indirecto por el juez de Distrito quien ordenó a dicho hospital condonar el adeudo por gastos hospitalarios a los padres de un menor fallecido como consecuencia de la negligencia de sus médicos.<sup>30</sup>

Lo anterior es así, toda vez que al interpretar el derecho humano a la salud y el sistema de responsabilidad civil, se concluyó como posible la responsabilidad de hospitales o centros médicos privados por actos cometidos *por quienes de manera aparente realizan sus actividades en ellos*. Cuestión fortalecida con lo dispuesto en el Código Civil Federal en sus artículos 1917 y 1924, al instruir que los patrones y los dueños de establecimientos mercantiles están obligados a responder de los daños y perjuicios causados por sus dependientes en el ejercicio de sus funciones.

En el caso, los padres de un recién nacido, al considerar que los médicos tratantes incurrieron en negligencia en el tratamiento de su hijo durante su estadía en ese Hospital, presentaron una queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, solicitando se condonaran los gastos hospitalarios y le regresaran los honorarios médicos cubiertos. La Comisión condenó de manera solidaria a los prestadores de servicios médicos al reembolso solicitado y condonó la deuda por tales servicios, toda vez que determinó negligencia y mala praxis de los médicos tratantes. Sin embargo, el Hospital en cuestión promovió amparo, mismo que le fue negado por la juez de Distrito y después, en el recurso de revisión atraído por la SCJN, se obtuvo la resolución que comento.

La Primera Sala de la SCJN determinó que, de acuerdo con la Ley General de Salud, existe un reparto de responsabilidades en atención a las funciones y actos de quienes participan en el Hospital; así, el centro sanitario demandado debía asumir el carácter de responsable, pues uno de los médicos tratantes fue designado por el propio Hospital unilateralmente para la atención médica del recién nacido. Razón por la cual se estableció responsabilidad solidaria al Hospital con motivo de la representación de éste por el médico responsable.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> La versión pública de la resolución puede encontrarse en la siguiente dirección electrónica con base en la consulta del 2 de mayo de 2017: [www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/13005840.002-2286.doc](http://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/13005840.002-2286.doc).

<sup>31</sup> Esta síntesis del amparo en revisión 584/2013 fue elaborada sustancialmente con base en el comunicado de prensa emitido por la SCJN que se puede consultar en: [http://www2.scjn.gob.mx/red/coordinacion/COMUNICADO\\_196\\_2014\\_NOV\\_CONFIRMA%20CORTE%20SENTENCIA%20QUE%20ORDENA%20A%20HOSPITAL%20CONDONAR%20ADEU-](http://www2.scjn.gob.mx/red/coordinacion/COMUNICADO_196_2014_NOV_CONFIRMA%20CORTE%20SENTENCIA%20QUE%20ORDENA%20A%20HOSPITAL%20CONDONAR%20ADEU-)

A este amparo en revisión 584/2013 de impacto significativo en el foro mexicano a partir de su emisión, en particular por su criterio del colaborar aparente como elemento determinante para la corresponsabilidad del Hospital, habría también que destacar la siguiente tesis emitida por un tribunal colegiado una década antes, la cual determina la responsabilidad solidaria con el hospital debido a la dependencia económica de sus personal sanitario:

RESPONSABILIDAD CIVIL SOLIDARIA. LA TIENEN LOS HOSPITALES RESPECTO DE LOS PROFESIONISTAS QUE PRESTAN AHÍ SUS SERVICIOS, DADA LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE JALISCO)... Ahora bien, tratándose de patrones, dueños y encargados de establecimientos mercantiles, la responsabilidad por los daños y perjuicios que causen sus operarios, *está fundada en la culpa in vigilando*, esto es, en la presunción de culpa en la elección de sus encargados u operarios que han causado daño y en la dependencia en que éstos se encuentran respecto del dueño del establecimiento o empresa de cuyo personal forman parte. Luego, si de la confesión rendida en juicio a cargo del administrador único del hospital se advierte que un médico causó daño a un paciente; que tiene una relación de dependencia con el hospital demandado solidariamente, por estar registrado en la lista de médicos que tiene dicho hospital; que dicha lista está autorizada por el comité de honor y justicia del hospital; que éste autoriza a los médicos que prestan sus servicios en tal lugar, y que aquél, en unión de otro prestador de servicios, aplicó anestesia a un paciente para intervenirlo quirúrgicamente; y, que la anestesia fue proporcionada por el hospital y aplicada por los profesionistas que en ese supuesto se consideran dependientes, *es claro que al estar autorizados por el propio hospital para trabajar en él existe una dependencia económica de los médicos respecto del hospital de cuyo personal forman parte, toda vez que el propietario del sanatorio obtiene beneficios o lucro con el trabajo que desempeñan los médicos autorizados y, por tanto, el nosocomio está obligado solidariamente al pago de los daños y perjuicios causados por sus dependientes*, de acuerdo con lo previsto en el numeral inicialmente citado, en relación con el diverso 1427 del propio cuerpo de leyes.

Amparo directo 543/2004. Hospital Santa María Chapalita, S. A., 18 de noviembre de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Rodolfo Moreno Ballinas. Secretario: Armando Márquez Álvarez.<sup>32</sup>

Por el carácter de tesis aisladas de los precedentes antes señalados, éstos no alcanzan el rango de jurisprudencia ni son obligatorios para otros tribu-

---

DO%20A%20PADRES%20DE%20UN%20MENOR%20QUE%20FALLECIÓ%20POR%20NEGLIGENCIA%20MÉDICA.pdf.

<sup>32</sup> *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, registro 178626, Tribunales Colegiados de Circuito, tesis aislada, civil, III.2o.C.88 C, t. XXI, abril de 2005, p. 1491.

nales, en virtud de lo cual el máximo tribunal del país debería establecer en el futuro inmediato la clara responsabilidad de los centros hospitalarios privados respecto del personal sanitario que en ellos labora y depende económicamente.

De otra manera, seguiremos viviendo un privilegio injustificado para los empresarios del sector hospitalario mexicano, así como una constante afrenta a sus usuarios que encuentran escasas vías para la protección de su derecho humano a la salud y su correspondiente reparación.