

revista  
argentina  
de  
**CIRUGIA**

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

LXXIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA  
V CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA ENDOSCOPICA  
XLVI CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA  
XXVII CONGRESO ARGENTINO DE COLOPROCTOLOGIA  
XXIX JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR  
III JORNADAS NACIONALES DE MEDICOS RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL

Nº EXTRAORDINARIO  
RELATOS 2002  
BUENOS AIRES

**ACTAS DE LA  
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA**

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 687.145

---

**Septuagésimo Tercer  
Congreso Argentino de Cirugía**

**Cuadragésimo Sexto Congreso Argentino  
de Cirugía Torácica**

**Vigésimo Séptimo Congreso Argentino  
de Coloproctología**

**Vigesimonovenas Jornadas Argentinas  
de Angiología y Cirugía Cardiovascular**

**Terceras Jornadas Nacionales de Médicos Residentes  
de Cirugía General**

Buenos Aires, 2002

Publicado bajo la dirección del  
COMITÉ DE PUBLICACIONES DE LA  
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA  
Marcelo T. de Alvear 2415  
(1122) BUENOS AIRES

## **ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA COMISIÓN DIRECTIVA**

Presidente: Eduardo N. Saad  
Vicepresidente 1º: Luis Gramática  
Vicepresidente 2º: Roberto N. Pradier  
Secretario General: Jorge M. Merello Lardies  
Secretario de Actas: Eduardo De Luca  
Tesorero: Mario L. Benati  
Profesorero: Eduardo Bumaschny

### **VOCALES**

Alberto H. Cariello, Luis Chiappetta Porras, Carlos Apestegui y Jorge L. Manrique

### **VOCALES SUPLENTES**

Luis Buonomo, Francisco Suárez Anzorena, Oscar Mazza, Manuel Montesinos, Angel M. Minetti y Orlando Mdaiel

### **DIRECTOR**

Martín E. Mihura

### **SECRETARIA EJECUTIVA**

Victoria I. de Coiset

### **COMITÉ DE ÉTICA**

Frutos E. Ortíz, Luis V. Gutiérrez, Leonardo H. Mc Lean, Jorge R. Defelitto y H. Pablo Curutchet

### **COMITÉ COLEGIO**

#### **PRESIDENTE**

Jorge L. Nazar

#### **VICEPRESIDENTE**

Roberto A. De Rosa

### **COMITÉ DE CIRUGÍA VIDEOENDOSCÓPICA Y MINIINVASIVA**

#### **PRESIDENTE**

Pedro A. Ferraina

#### **VICEPRESIDENTE**

Juan Pekolj

### **COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES Y LEGALES**

#### **PRESIDENTE**

Enrique M. Beveraggi

#### **VICEPRESIDENTE**

Claudio Iribarren

### **COMITÉ DE ASUNTOS INSTITUCIONALES Y REGIONALES**

#### **PRESIDENTE**

Jorge A. Defelitto

#### **VICEPRESIDENTE**

Mario J. Milano

**SEPTUAGÉSIMO TERCER CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA**

**CUADRAGÉSIMO SEXTO CONGRESO ARGENTINO  
DE CIRUGÍA TORÁCICA**

**VIGÉSIMO SÉPTIMO CONGRESO ARGENTINO  
DE COLOPROCTOLOGÍA**

**VIGESIMNOVENAS JORNADAS ARGENTINAS  
DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR**

**Buenos Aires, 20 al 23 de octubre de 2002**

**COMITÉ EJECUTIVO**

**PRESIDENTE**

Roberto N. Pradier

**VICEPRESIDENTE**

Enrique A. Sivori

**SECRETARIO GENERAL**

Jorge M. Merello Lardies

**SECRETARIOS**

Nicolás Guerrini, Lucas Mc Cormack  
y Sebastián Menville

**CAPÍTULO**

**SOCIEDAD ARGENTINA  
DE CIRUGÍA TORÁCICA  
COMISIÓN DIRECTIVA**

**PRESIDENTE**

Domingo J. Chimondeguy

**VICEPRESIDENTE**

Roberto C. Cervio

**SECRETARIO GENERAL**

Gustavo A. Lyons

**SOCIEDAD ARGENTINA  
DE COLOPROCTOLOGÍA**

**PRESIDENTE**

Jorge Font Saravia

**SECRETARIO GENERAL**

Vicente Dezano

**PRESIDENTE DEL COMITÉ CONGRESO  
DE COLOPROCTOLOGÍA**

Carlos Rodríguez

**ASOCIACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE  
CIRUGÍA GENERAL**

**PRESIDENTE**

Santiago Zuna

**VICEPRESIDENTE 1º**

Sebastián Pisoni

**SEGUNDAS JORNADAS NACIONALES**

**PRESIDENTE**

Santiago Naranjo

**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANGIOLOGÍA  
Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

**PRESIDENTE**

Jorge Pérez Rovira

**VICEPRESIDENTE**

Juan C. Parodi

**SECRETARIO GENERAL**

Rubén Amor

## PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGIA

|                  |        |                                 |                      |        |                            |
|------------------|--------|---------------------------------|----------------------|--------|----------------------------|
| Primero          | (1928) | R. Armando Marotta              | Trigesimooctavo      | (1967) | Aníbal J. Introzzi         |
| Segundo          | (1930) | Eduardo F. Belaústegui          | Trigesimonoveno      | (1968) | Iván Gofí Moreno           |
| Tercero          | (1931) | Ernesto Romagosa                | Cuadragésimo         | (1969) | Adolfo M. Rey              |
| Cuarto           | (1932) | Arturo Zabala                   | Cuadragésimoprimer   | (1970) | Andrés A. Santas           |
| Quinto           | (1933) | Enrique Finochietto             | Cuadragésimosegundo  | (1971) | Juan V. Gurruchaga         |
| Sexto            | (1934) | José Arce                       | Cuadragésimotercero  | (1972) | Diego E. Zavaleta          |
| Séptimo          | (1935) | Marcelo Viñas                   | Cuadragésimocuarto   | (1973) | Julio V. Uriburu           |
| Octavo           | (1936) | Alejandro Ceballos              | Cuadragésimoquinto   | (1974) | Jorge Sánchez Zinny        |
| Noveno           | (1937) | Luis A. Tamini                  | Cuadragésimosexto    | (1975) | José M. Mainetti           |
| Décimo           | (1938) | José M. Jorge                   | Cuadragésimoséptimo  | (1976) | José A. García Castellano  |
| Undécimo         | (1939) | Roberto Solé                    | Cuadragésimooctavo   | (1977) | Armando G. Russo           |
| Duodécimo        | (1940) | Alberto Baraldi                 | Cuadragésimonoveno   | (1978) | Angel N. Bracco            |
| Decimotercero    | (1941) | Arnaldo Caviglia                | Quincuagésimo        | (1979) | Clemente J. Morel          |
| Decimocuarto     | (1942) | Carlos Robertson Lavelle        | Quincuagésimoprimer  | (1980) | Alberto E. Laurence        |
| Decimoquinto     | (1943) | Oscar Copello                   | Quincuagésimosegundo | (1981) | Juan J. Boretti            |
| Decimosexto      | (1944) | Pablo E. Mirizzi                | Quincuagésimotercero | (1982) | Wolfgang G. Lange          |
| Decimoséptimo    | (1945) | Rodolfo E. Pasmán               | Quincuagésimocuarto  | (1983) | Miguel A. Figueroa         |
| Decimooctavo     | (1947) | Manuel Ruiz Moreno              | Quincuagésimoquinto  | (1984) | Jorge Manrique             |
| Decimonoveno     | (1948) | Oscar J. Carnes                 | Quincuagésimosexto   | (1985) | Arturo E. Wilks            |
| Vigésimo         | (1949) | Adolfo E. Landívar              | Quincuagésimoséptimo | (1986) | Eduardo Schieppati         |
| Vigésimoprimer   | (1950) | Delfor del Valle                | Quincuagésimooctavo  | (1987) | H. P. P. J. Achával Ayerza |
| Vigésimosegundo  | (1951) | Vicente Gutiérrez               | Quincuagésimonoveno  | (1988) | Enrique M. Beveraggi       |
| Vigésimotercero  | (1952) | Juan M. Allende                 | Sexagésimo           | (1989) | Vicente P. Gutiérrez       |
| Vigésimocuarto   | (1953) | Carlos J. Allende               | Sexagesimoprimer     | (1990) | Jorge M. Moroni            |
| Vigésimoquinto   | (1954) | Federico E. Christman           | Sexagesimosegundo    | (1991) | Santiago G. Perera         |
| Vigésimosexto    | (1955) | Alejandro J. Pavlovsky          | Sexagesimotercero    | (1992) | Héctor D. Santángalo       |
| Vigésimoséptimo  | (1956) | José A. Caeiro                  | Sexagesimocuarto     | (1993) | Alfredo Martínez Marul     |
| Vigésimooctavo   | (1957) | Carlos E. Ottolenghi            | Sexagesimoquinto     | (1994) | Claudio Barredo            |
| Vigésimonoveno   | (1958) | Carlos E. Velasco Suárez        | Sexagesimosexto      | (1995) | Frutos E. Ortiz            |
| Trigésimo        | (1959) | Mario M. J. Brea                | Sexagesimoséptimo    | (1996) | Luis V. Gutiérrez          |
| Trigésimoprimer  | (1960) | Wenceslao Tejerina Fotheringham | Sexagesimooctavo     | (1997) | Leonardo H. Mc Lean        |
| Trigésimosegundo | (1961) | Angel F. San Martín             | Sexagesimonoveno     | (1998) | Jorge R. Defelitto         |
| Trigésimotercero | (1962) | Juan R. Micháns                 | Septuagésimo         | (1999) | H. Pablo Curutchet         |
| Trigésimocuarto  | (1963) | Alfredo Llambras                | Septuagesimoprimer   | (2000) | Eduardo N. Saad            |
| Trigésimoquinto  | (1964) | José E. Rivarola                | Septuagesimosegundo  | (2001) | Luis Gramática             |
| Trigésimosexto   | (1965) | Alberto E. Baila                | Septuagesimotercer   | (2002) | Roberto N. Pradier         |
| Trigésimoséptimo | (1965) | Guillermo Belleville            |                      |        |                            |

## CONTENIDO

---

AÑO 2002

NÚMERO EXTRAORDINARIO

---

### RELATO OFICIAL

#### IMPLICANCIAS MEDICO-LEGALES DE LA PRACTICA QUIRURGICA

*Dr. E. MARCELO LOPEZ AVELLANEDA MAAC*  
*Doctor en Medicina - Profesor Asociado de Cirugía de la*  
*Universidad Nacional de Tucumán (UNT)*

#### COLABORADORES

*Dr. MANUEL E. MARQUEZ MAAC*  
*Profesor Adjunto de Cirugía de la U.N.T. - Jefe de Unidad Quirúrgica II*  
*Hosp. Centro de Salud.*

*Dra. MARINA COSSIO DE MERCAU*  
*Profesora Adjunta de Derecho Civil de la U.N.T. - Jueza de la Cámara Federal de Apelaciones*  
*de Tucumán*

## Indice

|   |    |
|---|----|
| PROLOGO .....   | 7  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 9  |
| CAPITULO I .....  | 10 |
| Antecedentes históricos de la responsabilidad en cirugía .....  | 10 |
| Responsabilidad Médico-Legal de los Cirujanos .....             | 11 |
| Responsabilidad Civil y Penal .....                             | 12 |
| Responsabilidad legal del equipo quirúrgico .....               | 12 |
| Contrato Médico. Relación Contractual y extra contractual ..... | 13 |
| Obligaciones de medios y de resultado. ....                     | 14 |
| CAPITULO II .....   | 15 |
| Presupuestos de la obligación de indemnizar .....               | 15 |
| Culpa. Daño. Relación de Causalidad .....                       | 15 |
| Malapaxis o malpraxis .....                                     | 16 |
| Buena praxis .....  | 17 |
| Deberes de los Médicos .....                                    | 17 |
| Eximentes de responsabilidad .....                              | 17 |
| CAPITULO III .....  | 19 |
| Juicios por responsabilidad profesional .....                   | 19 |
| Causas. Consecuencias .....                                     | 19 |
| El Síndrome Judicial .....                                      | 20 |
| Prevención. Protección .....                                    | 20 |
| Valoración de factores de prevención .....                      | 23 |
| Cómo actuar frente a una demanda .....                          | 24 |
| CAPITULO IV .....   | 24 |
| Historia Clínica .....  | 24 |
| Historia Clínica informatizada .....                            | 26 |
| Consentimiento informado .....                                  | 27 |
| Derechos de los pacientes .....                                 | 29 |
| Obligaciones de los pacientes .....                             | 30 |
| CAPITULO V .....  | 30 |
| La formación profesional en cirugía .....                       | 30 |
| Relación Médico Paciente .....                                  | 32 |
| Ética .....   | 34 |
| Secreto Médico .....  | 35 |
| ANALISIS DE LA ENCUESTA .....                                   | 37 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....                            | 38 |
| GLOSARIO .....  | 40 |
| BIBLIOGRAFÍA .....  | 44 |

## PROLOGO

Una vez más, la AAC ha otorgado la máxima distinción científico-académica con que se puede honrar a un cirujano argentino a un representante del interior.

Agradezco el honor y la distinción de que se me ha hecho objeto con la designación de Relator Oficial al 73° Congreso Argentino de Cirugía.

Este altísimo honor conlleva un desafío, una responsabilidad y un compromiso, el de elaborar un Relato que responda a las reales necesidades de los cirujanos argentinos, es decir que sea auténticamente útil.

Comprometimos el mayor tiempo y esfuerzo para lograrlo. Acepté muy complacido porque la designación además de un reconocimiento personal, implicaba el de la cirugía de Tucumán, provincia a la que agradezco el haber podido colaborar con mi maestro el Dr. Alejandro Torres Posse, haber accedido a la jefatura del Servicio de Cirugía del Hospital Angel C. Padilla, y por último, desempeñarme como Subsecretario de Salud Pública.

Mi reconocimiento al Colegio Médico de Tucumán en el que fui Presidente de su Tribunal de Honor. A la Facultad de Medicina de Tucumán en la que ocupé el cargo de Profesor Asociado de Cirugía, y hasta hace muy poco tiempo, Vicedecano.

Quiero incluir en mis recuerdos a la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba en la que obtu-

ve el Premio Universidad de mi Promoción, a mi maestro en aquella provincia Dr. José Antonio García Castellanos para quien el proceder ético era prioritario y a mis padres, quienes con aquello de que "la mejor inversión del ser humano es ser una buena persona" me indicaron el camino.

La elaboración de un Relato, implica la colaboración de mucha gente. Hacer un listado nos expone a injustos olvidos involuntarios. Por eso, a todos un sincero reconocimiento. Sin embargo, no puedo dejar de nombrar a los Dres. Simón León, Ricardo Figueroa, Jorge Lázarte y la Sra. Juéza Dra. Graciela López de Valverde, de Tucumán y al Dr. Jorge Rodríguez Martín de Buenos Aires.

Un agradecimiento muy especial a aquellos autores que escribieron un libro, artículo o relato relacionado con nuestro tema y que figuran en nuestra bibliografía. Todos ellos permitieron concretar este trabajo que es una síntesis de sus pensamientos, más algunas reflexiones e ideas personales.

Y por último un reconocimiento a mi mujer, Ilsen, quién no sólo encendió la llama del espíritu creador sino que fue quién la mantuvo encendida.

Este Relato esta dedicado a María, Catalina, José, Santiago, Pilar, Gonzalo, Lucía, Martina y Rosario, mis nietos, que alegran mi vida.

## IMPLICANCIAS MEDICO-LEGALES DE LA PRACTICA QUIRURGICA

### INTRODUCCION

Hoy el ejercicio de la profesión requiere tener conocimientos que exceden los de la medicina tradicional. Es decir todos los cirujanos deben tener conocimientos acerca de conceptos básicos del Derecho y del ordenamiento normativo para guiar su práctica profesional. El conocimiento y acatamiento de las leyes que rigen la medicina es un componente imperativo del ejercicio profesional actual, pues la ley es el mínimo de moral exigible. Los tiempos que corren en nuestro país no admiten más márgenes de error para los ciudadanos. Cada uno debe asumir en una entrega sin condicionamiento, el estricto e irrenunciable cumplimiento de sus responsabilidades. Hoy más que nunca el "argentino a las cosas" ortegiano tiene plena vigencia. La cirugía, que para Mainetti es la única violencia física aceptable, puede aún hoy ser ejercida en libertad, siempre que se acompañe de una alta cuota de responsabilidad técnica, jurídica y ética.

### *Declaración de propósitos*

- A- El objetivo fundamental de este relato es desarrollar los temas relacionados a las Implicancias Médico- Legales de la Práctica Quirúrgica que ningún cirujano debe dejar de conocer.
- B- Teniendo en cuenta las limitaciones del trabajo, se han priorizado los temas básicos para tratarlos con la extensión necesaria, antes que desarrollar superficialmente un mayor número de temas.
- C- Por lo expresado somos conscientes que quedan sin estudiar numerosos aspectos, que seguramente y en otro momento deben ser considerados.
- D- Por no ser juez, abogado, perito ni médico legista este no será un Tratado de Derecho. Es un Relato escrito por un cirujano para cirujanos.

### *Consideraciones Generales*

La expresión "Juicio por Mala Praxis" es incorrecta. Debiera decirse "Juicio por Responsabilidad

Profesional". Solo será "por mala praxis" cuando así lo dictamine el juez. Sin embargo esta expresión esta fuertemente impuesta por el uso.

Todo médico puede ser llevado ante la Justicia Penal como procesado o Civil como demandado o ambas. Si fuera condenado en lo penal lo será con pérdida de su libertad o inhabilitación y en lo civil con indemnización monetaria. Desde el punto de vista ético las sanciones sólo son disciplinarias.

La medicina ha experimentado progresos espectaculares y hasta revolucionarios pero al mismo tiempo los médicos generadores de esos cambios aparecen profundamente cuestionados. Es una paradoja, medicina prestigiosa con médicos cuestionados. El cirujano aparece como mayoritariamente destinatario de las demandas debido a los riesgos de la cirugía (accidentes, complicaciones, anestesia, secuelas).

A pesar que el número de demandas por presuntas Malas Praxis sea muy superior al de las condenas, y el número de éstas sea menor a la que se suele difundir, estos juicios aparecen como un hecho perturbador y desestabilizante para los cirujanos. Se habla de la "acción mutilante" de la demanda. Esta situación ha logrado alterar la paz interior del médico modificando el equilibrio psicofísico tan necesario para dedicar parte de su tiempo a "saber más para servir mejor" como quería Don Andrés Santos. La latente posibilidad de una demanda es un fenómeno que se ha tornado revulsivo en el mundo médico. Es que ese asedio permanente del accionar profesional, la mayoría de las veces injustificado, puede llevar a corto plazo a la parálisis de toda iniciativa y ahí perderemos todos, pacientes, sociedad y profesionales.

Debe quedar claro que no queremos ni debemos, en actitud corporativa, defender lo indefendible pues existen verdaderas malas prácticas que merecen ser tratadas con todo el rigor de la ley. Son los actos médicos que pasan por la ignorancia inadmisibles, la grave desatención y la notoria temeridad.<sup>177</sup>

No hay recetas mágicas, que todo lo puden, para adquirir una inmunidad ético-jurídica confiable y duradera contra las demandas. Sin embargo,

tenemos la convicción que existen normas y procedimientos que bien cumplimentados nos permiten el ejercicio profesional con relativa tranquilidad. Pero esas leyes y normas, al igual que las ideas morales, no deben ser objeto de pura contemplación, sino que son reglas de conducta y comportamiento. Por lo tanto están para ser cumplidas.

Si a un comportamiento profesional adecuado, le agregamos registros médicos correctos, consentimiento informado, conocimientos de la ley, y además, si el médico tiene tranquilidad de conciencia porque actúa con responsabilidad moral, no debe preocuparse obsesivamente por lo jurídico<sup>100</sup>.

## CAPITULO I

### *Antecedentes históricos de la responsabilidad en Cirugía*

El médico tiene obligaciones para con el individuo y la sociedad, motivo por el cual su actividad está sujeta al control de autoridades administrativas y legales. El castigo penal de las conductas médicas claramente imprudentes y con resultados lesivos, es algo relativamente reciente, aunque la responsabilidad del médico ha sido admitida y reconocida desde muy antiguo<sup>77</sup>.

Remitimos al lector interesado en el tema al excelente capítulo respectivo del Relato Oficial al 59º Congreso Argentino de Cirugía del Dr. Florentino A. Sanguinetti sobre "Responsabilidad Ética y Jurídica del Cirujano".

Sin embargo queremos aquí marcar a manera de hitos los siguientes:

- I. El Código de Hammurabi es el conjunto de leyes más antiguo que se conoce. Regulaba la actividad de los cirujanos y establecía penas de hasta cortar las manos del profesional que producía lesiones graves a su enfermo. Tiene 4000 años de antigüedad<sup>74</sup>.
- II. Hipócrates, líder de la Escuela de Kos, enumera una serie de principios éticos que aun hoy tienen plena vigencia, después de veinticinco siglos. Paradigma de esos principios son: las obligaciones del médico, la protección del paciente, el respeto a los maestros y colegas, el secreto médico, la moderación de los honorarios, el rechazo a la eutanasia<sup>75-77</sup>.
- III. En el siglo XIX y comienzo del XX, aparecen los Códigos de Ética para controlar la conducta profesional de los médicos. En el campo

deontológico, el Código que marca el puente de unión entre los códigos históricos y los actuales es sin duda el CODIGO DE PERCIVAL, debido a Thomas Percival de Manchester <sup>87</sup>, publicado a principios del siglo XIX. Fue la base de los Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Norteamericana y códigos europeos y sudamericanos del siglo XX. Actualmente la mayor parte de los países tienen sus respectivos Códigos Nacionales de Ética Médica inspirados en las normas establecidas por Organismos Internacionales como la Asociación Médica Mundial y la Organización Mundial de la Salud. En la República Argentina, Código de Ética de COMRA, AMA, AAC.

- IV. A pesar de estos antecedentes, la responsabilidad de los cirujanos era fundamentalmente moral, hasta que el célebre dictamen del fiscal Dupin, en Francia, año 1835, hiere de muerte la intangibilidad jurídica de los cirujanos, fundamentando el origen jurídico de la responsabilidad médica<sup>76</sup>.

En 1825 el Dr. Helle fue enjuiciado por la amputación de los dos brazos a un niño, durante un trabajo de parto distócico. El niño sobrevivió. En 1832 el Dr. Thouret-Noroy fue condenado porque después de una sangría vendó al enfermo. Se formó una tumoración dolorosa y el paciente evolucionó con una fístula arterio venosa y gangrena que llevó a una amputación<sup>77</sup>.

El tribunal civil condenó a los procesados y ante la apelación he aquí parte del relevante y paradigmático dictamen del fiscal Dupin: *"El médico y el cirujano no son indefinidamente responsables, pero lo son a veces; no lo son siempre, pero no se puede decir que no lo sean jamás. Queda a criterio del juez determinar cada caso, sin apartarse de esta noción fundamental: para que un hombre sea considerado responsable de un acto cometido en el ejercicio de su profesión es necesario que haya cometido una falta en dicho acto: sea que le hubiera sido posible con más vigilancia sobre sí mismo o sobre sus actos, asegurarse, sea que lo que se le incremine sea tal, que la ignorancia sobre este punto no sea admisible en su profesión. Para que haya responsabilidad civil, no es necesario buscar si existió intención, basta que haya habido negligencia, imprudencia, impericia grosera y por lo tanto inexcusable."*

V. En Estados Unidos los juicios por mala praxis han tenido un enorme crecimiento en los últimos cincuenta años. En nuestro país estas demandas aparecen alrededor de 1980 y van en aumento. La "Industria del Juicio" por mala praxis aparece cuando se fue acabando la industria de los juicios contra el Estado.

#### *Responsabilidad médico-legal de los cirujanos*

"Todos los seres humanos nacen libres, pero a su vez responsables de sus actos"<sup>177</sup>. Para Achaval "la responsabilidad profesional es para los médicos, la obligación civil de reparar los daños ocasionados y sufrir las consecuencias penales de los actos cometidos por culpa grave en el ejercicio de su profesión"<sup>201</sup>. También podríamos decir que responsabilidad profesional es en la que incurre todo individuo que ejerce una profesión al faltar a los deberes especiales que ésta le impone<sup>77-199</sup>. Es decir, cuando el médico por su culpa produce un daño al paciente, debe repararlo<sup>177-194</sup>. La responsabilidad civil es una consecuencia de la violación de la ley, tanto civil como penal, y consiste en la obligación de reparar los daños y perjuicios ocasionados<sup>208</sup>.

Además "cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos" (Art. 902 Cod. Civil)<sup>95</sup>, o sea que será juzgado con mayor severidad un especialista que un recién recibido u otro que actúe en un medio sin la totalidad de los elementos adecuados.

#### Fundamentos de la responsabilidad médica

Hasta no hace muchos años se aceptaba la Teoría del médico impune de Savatier quien afirmaba que la medicina es una ciencia tan inexacta que repugna la posibilidad o intento de conducirla por ciertos cauces jurídicos. Savatier cree además que el médico debe responder sólo ante su propia conciencia. Esta Teoría ha quedado completamente superada<sup>194</sup>. Debemos aceptar que como integrantes de una sociedad organizada estamos sometidos a la ley y por lo tanto nuestra actividad profesional debe ser supervisada por normas jurídicas. En otras palabras *el ejercicio profesional médico se encuentra sometido a derecho*, del mismo modo que toda otra actividad humana, por supuesto que teniendo en cuenta sus particulares característi-

cas. El derecho establece lo jurídicamente prohibido, lo jurídicamente permitido y lo jurídicamente obligatorio. El hombre como ser social es responsable por sus acciones y omisiones.

A través de los siglos el hombre ha intentado llegar a la perfección que le ha sido vedada por su condición de falible. Por lo tanto todos los médicos estamos expuestos al fracaso, ya que no somos "señores de la vida y de la muerte". Sólo pretendemos mejorar y aliviar, y cuando se puede, curar. La visión exitista de la medicina, que no admite resultados adversos, es peligrosa para la profesión y para la propia sociedad. Los progresos no la hacen infalible ni otorga a los seres humanos categoría de inmortales.

Sin embargo, debe quedar absolutamente claro, la ley no castiga el fracaso de la medicina sino el proceder indebido de un médico que genera un daño de lesiones o muerte a un enfermo a su cargo.

El ejercicio de la actividad médica está acompañada de opciones difíciles. El profesional puede cometer errores que no serán reprochables moral ni jurídicamente si ha tratado al paciente con los medios adecuados y de acuerdo a su deber, es decir se liberará de la responsabilidad si logra demostrar que hizo cuanto humana, técnica y científicamente estuvo a su alcance para impedir la producción del daño.

Al médico se le pide que sea un profesional prudente y diligente. La Justicia no exige genios o súper hombres, sino médicos que cumplan con todas las normas, las del arte, la de los códigos y las de las leyes. Por lo tanto el médico que cumpla con todas las normas, sin violar ninguna, no debe temer a la Justicia<sup>194</sup>.

#### Principios a tener en cuenta en la praxis médica

- A. Principio de discrecionalidad: es el margen de libertad otorgado al profesional para asumir responsabilidades y elegir distintas opciones conforme su experiencia y mejor entendimiento.
- B. Límites al principio anterior. Dice Rallier: "La responsabilidad no comienza sino allí donde cesan las discusiones científicas." Es decir, a partir del momento en que el error, la temeridad o la indolencia son muy claras y evidentes.
- C. Las obligaciones médicas tienen un carácter eminentemente relativo y así lo entiende la jurisprudencia. Por eso es que el accionar médi-

co se compara con el de otro profesional de similar especialidad y en iguales circunstancias.

#### *Tipos de responsabilidad médica: civil y penal*

Teniendo en cuenta que el orden jurídico es aquel que la sociedad establece en pos de su tranquilidad y armonía, mediante normas que lo garantizan, toda transgresión o violación de esas normas (conducta antijurídica), justifica la aplicación de una pena o sanción. En base a esas normas, el presunto damnificado puede iniciar una doble acción, civil y penal, recordando que el ilícito penal lesiona el interés social y el ilícito civil sólo lesiona el derecho individual. Hay responsabilidad penal cuando se trata de un delito y es pasible de una pena y responsabilidad civil cuando hay daño físico con perjuicio económico y se debe pagar una reparación económica.

Es decir, el juzgamiento de la conducta reprochable de un médico se hace a través de normas o sanciones represivas si aquella configura un ilícito penal o de normas o sanciones indemnizatorias o reparadoras si aquella implica un daño que debe ser salvado y/o compensado en sede civil<sup>206</sup>.

*Civil:* se encuadra dentro del concepto de responsabilidad común a todos los individuos, principalmente en la prohibición de hacer un daño a otro. Si se daña hay que reparar el perjuicio. Hay indemnización. Es decir, se persigue la reparación patrimonial del afectado<sup>204</sup>. "Todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio" (Art. 1109 Cod. Civil).

La responsabilidad civil tiene básicamente un carácter reparativo, es decir, se obliga al profesional a indemnizar el daño producido. Para que haya responsabilidad civil no es necesario buscar si existió intención de dañar, basta que haya habido negligencia, imprudencia o impericia, así como también inobservancia de los deberes y obligaciones del cargo<sup>77</sup>. La acción civil puede iniciarse contra el profesional y también contra cualquier institución, sanatorial, obra social, etc. Plazo de prescripción: diez años, cuando la responsabilidad profesional tiene un origen contractual (Art. 4023 Cod. Civil), o dos años en supuestos excepcionales de responsabilidad extra contractual.

*Penal:* se encuentra legislada en normas específicas que describen la conducta transgresora. Además de la reparación del perjuicio, conlleva

para el culpable una sanción penal que puede ser prisión, reclusión, multa o inhabilitación. Ejemplo de esta acción es el homicidio culposo (Art. 84 Cod. Penal), lesiones culposas (Art. 94 Cod. Penal) y abandono de persona (Art. 108 Cod. Penal). Toda infracción a alguno de estos artículos es un delito, que se define como una conducta típica antijurídica y culpable.

La responsabilidad penal siempre es personal, es decir la acción penal puede ser ejercida únicamente contra el médico y persigue su castigo.<sup>75</sup>

En los últimos años se inician más juicios penales, según los ambientes tribunales, como medio de presión para el juicio civil. Si en sede penal alguien es declarado culpable de un hecho culposo, en sede civil ello hace cosa juzgada, pues no se puede impugnar en sede civil la culpa del condenado decretada en sede penal, salvo cierta graduación o concurrencia de la culpa que pueda hacer el juez civil (Art. 1102 Cod. Civil).

Los delitos civil y penal exigen la reparación del daño, pero el último, además, conlleva una sanción penal.

Sobre el tema de la responsabilidad Lecassagne escribió: "El principio de la responsabilidad médica es una seguridad para los médicos instruidos, concienzudos y prudentes; es una amenaza constante para los temerarios, los audaces, sin escrúpulos y los ignorantes imperturbables y es, al mismo tiempo, una barrera infranqueable contra las reclamaciones fantásticas, los caprichos y el mal humor de los pacientes."

#### *Responsabilidad legal del equipo quirúrgico*

Para Savatier, la cirugía constituye el terreno donde la medicina se convierte en arte, el más relevante, el más necesario, el más alto de todos por que de él depende la vida o la integridad de un hombre.

Pero para desarrollar ese arte el cirujano necesita de un grupo de colaboradores para constituir lo que se llama equipo quirúrgico<sup>199</sup>.

A su vez, Hurtado Hoyos piensa que "la importancia tanto técnica como ética de nuestra misión nos hace conscientes de la necesidad del control de la capacitación técnica y de los valores morales de los integrantes del equipo quirúrgico"<sup>98</sup>. Conformar un equipo quirúrgico armónico es un arte donde se necesita hacer confluir diferentes aspectos de cada uno de sus integrantes en un momento

determinado para el logro de un objetivo común: curar al enfermo. Es decir, hay que meditar con prudencia cómo integrar un equipo quirúrgico.

Con referencia a la responsabilidad del médico jefe, se extiende a los hechos realizados por sus colaboradores y auxiliares en virtud del sistema de responsabilidad indirecta (Art. 1113 Cod. Civil). Obviamente los colaboradores responderán ante el paciente por sus propios hechos juntamente con el jefe del equipo<sup>20</sup>. El paciente tendrá la opción de dirigir su acción contra el jefe del equipo, colaboradores, hospital o sanatorio, en el caso que haya contratado la intervención con estas entidades.

La responsabilidad profesional de cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico es la siguiente:

Sobre el jefe recaen las siguientes obligaciones: operar, coordinar y controlar. Por lo tanto su responsabilidad resultará de la omisión o defectuoso cumplimiento de algunas de las funciones que le competen y podrá quedar enmarcada en alguna de las siguientes posibilidades<sup>201-202</sup>:

**Culpa propia:** responde por sus propios actos.

**Delegación de funciones:** puede delegar las funciones pero no las responsabilidades<sup>203</sup>.

**Culpa incurrida por ayudantes, instrumentista, enfermera o auxiliar:** el jefe responderá por los hechos culposos que hubieren podido cometer sus colaboradores. Sería responsabilizarse por incumplimiento de las funciones de fiscalización y control<sup>204</sup>.

Con este tipo de colaboradores existe la división vertical del trabajo. Es distinta la situación con los colaboradores que tienen lo que se llama "autonomía científica y técnica", como anestesiista, hemoterapeuta, etc. Por estar en igualdad con el cirujano, aquí la división de trabajo es horizontal. No se puede, jurídica ni médicamente exigir al cirujano la fiscalización de sus colaboradores con autonomía científica y técnica. Cada uno tiene que responder por los propios actos culposos que cometiese<sup>205</sup>. Sin embargo hay fallos que ante la culpa de un anestesiista, por ejemplo, se extendió colectiva y solidariamente la responsabilidad a todo el equipo. Existe un principio, el de confianza,<sup>206</sup> por el que se acepta que los partícipes del acto operatorio puedan concentrarse en el desempeño de sus respectivas funciones apoyándose fundamentalmente en la seguridad, de carácter recíproco, que le inspiran las capacidades de los demás. No obstante, no siempre el cirujano elige a todos los integrantes del equipo,

Los distintos tipos de responsabilidad del equipo quirúrgico son<sup>207</sup>:

**Directa de los hechos:** relacionada al cirujano y a los integrantes del equipo con autonomía científica y técnica.

**Compartida:** cuando la responsabilidad recae en varios miembros de equipo.

**Colectiva:** es la que surge cuando no se puede individualizar al responsable final de la acción médica.

**Solidaria:** corresponde al personal colaborador y que acompañan al responsable directo.

**Concurrente:** es la que involucra tanto al cirujano como al paciente por no cumplir las normas que le corresponden en la atención de su salud,

#### Situación de los ayudantes y residentes

Fuera del marco de la responsabilidad médica colectiva, la situación de los ayudantes es la siguiente: ante una orden del jefe de equipo, la pueden cumplir y si hay daño posterior, no serían responsables o bien se niegan a cumplirla. Si esta abstención produce un daño, la responsabilidad derivará de la razonabilidad de la resistencia a cumplir la orden.

En referencia a los residentes diremos que sus actos están sujetos a la supervisión de un médico titular donde actúa el residente. (Art. 41 Ley 17132) A los residentes se los considera estudiantes ante la ley. Los jefes de servicio son sus docentes y por lo tanto, responsables de los actos de aquellos. La ley 22127 en su artículo 16 dice que las responsabilidades serán del residente que realiza el acto, sin perjuicio de las que eventualmente puedan recaer sobre el instructor que hubiere dispuesto la realización. "Es decir, la norma diferencia claramente el acto del médico residente, causante directo del daño, del acto del instructor, al que se le imputa un defecto de instrucción. Es una responsabilidad del instructor por un hecho propio y no ajeno" (Lorenzetti).

#### El contrato médico

##### Relación contractual y extracontractual

Entiéndese por contrato a un acuerdo de voluntades destinado a establecer las obligaciones de cada uno de los contratantes. (Arts. 1137 y 1197

Cod. Civil). En el contrato médico hay dos partes contratantes: el paciente que se obliga a pagar un honorario y el médico que se obliga a emplear los medios necesarios, conducentes e idóneos para intentar su curación<sup>154</sup>. Este contrato es no formal, no está escrito. Esta relación entre médico y paciente se llama *relación contractual*<sup>42-156</sup> y es rescindible y se establece ante el sólo requerimiento de los servicios profesionales.

La responsabilidad civil del médico es esencialmente contractual, aunque el paciente no haya contratado, por cuanto nace del incumplimiento del contrato tácito. La obligación de indemnizar surge del incumplimiento de la obligación del médico de realizar los actos exploratorios, diagnósticos y terapéuticos que son los *medios* a que se obligó. Es decir, la obligación de responder será contractual cuando el daño proviene de la inejecución, por una de las partes, de las obligaciones derivadas del contrato.

Existe otra relación que es la *extra contractual* que es aquella en la que no existe acuerdo previo al acto médico (urgencias, pacientes en coma, accidentes). En estos casos la voluntad libremente expresada no puede existir.

La legislación dice que el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa, negligencia, etc., está obligado a reparar el daño causado. Ahora bien, si la ley exige la reparación de daños a terceros, sin que tales daños resulten necesariamente de una relación de naturaleza jurídica entre las partes (relación contractual), es la razón de que se llame extra contractual a este tipo de responsabilidad<sup>156-154</sup>.

Denominamos *obligaciones legales*, a las de prestar servicio en casos urgentes y graves con peligro para la vida del paciente. Este mandato legal está por encima de cualquier ordenamiento administrativo. Por esto el médico está obligado a asistir al paciente aunque no haya vínculo jurídico (es la relación extra contractual).

En caso de incumplimiento de la relación contractual, se aplican las normas que hacen a los contratos al reclamar por daños y perjuicios. En el caso de relación extra contractual, la norma jurídica a aplicarse son las de los hechos ilícitos.

Mientras las primeras prescriben en diez años (Art. 4023 Cod. Civil), las segundas lo hacen a los dos (Art. 4037 Cod. Civil). Es aconsejable, por lo tanto, conservar la documentación por este tiempo<sup>159</sup>.

### *Obligaciones de medios y de resultado*

Los deberes del médico para con los pacientes son *las obligaciones de medios y de resultado*<sup>62</sup>.

Mientras en las obligaciones de medios el médico se compromete con prudencia y diligencia a emplear los medios razonablemente necesarios para la curación, es decir, intentar un éxito con medios adecuados, en las obligaciones de resultado, el médico se compromete a obtener resultados.

En la cirugía la obligación es de medios, es decir, emplear los cuidados apropiados, para aliviar y curar pero no asumir la garantía para lograrlo. Como una excepción a dicho principio la jurisprudencia considera a la cirugía estética, con obligación de resultado. "En este caso el accionar del médico sólo está justificado por la finalidad perseguida de lograr un resultado favorable desde el punto de vista estético. Ello supone que el médico ha prometido al paciente ese resultado pues no otro es el consentimiento que por eso éste ha presentado" (Cam. Civil - Sala 1. 08/VI/92)

Abstenerse de asegurar o prometer un resultado surge del texto de la propia ley regulatoria del ejercicio profesional (Ley 17132). El médico es un ser falible y la ciencia que maneja es inexacta, probabilística y conjetural. En las profesiones donde están en juego actividades científicas, sólo existen probabilidades, nunca certezas absolutas.

Si la obligación es la de medios, hay que probar una actividad diligente y nada más. Si es de resultado hay que probar que se alcanzó el resultado pretendido.

Para Alterini existe un tercer tipo de obligaciones denominadas "de medios reforzadas" o "de resultado atenuadas", que obligan a una diligencia particular<sup>12</sup>.

### Fundamentos de la obligación de medios

Deriva de las características y los condicionantes que limitan la ciencia médica: la respuesta orgánica a la terapia instituida queda condicionada por las particulares reacciones de cada individuo y por la presencia de factores aleatorios como los de orden somático, psicológicos, ambientales, etc.<sup>201</sup>; es decir, son independientes del accionar del médico.

Por todo esto, en cirugía, con sus accidentes, complicaciones y secuelas, no se puede asegurar una determinada evolución para todos los casos, o sea una solución exitosa en todos los pacientes<sup>201</sup>.

Los fundamentos surgen del carácter conjetural de la medicina, que la misma es materia opinable y discutible, de los riesgos de la medicina en diagnóstico y tratamiento, de la dificultad para fijar límites entre lo correcto y lo que no lo es, del principio de la discrecionalidad<sup>109</sup>.

## CAPITULO II

### *Presupuestos de la obligación de indemnizar*

Para que el obrar del médico sea imputable y con ello generador de responsabilidad, deben darse tres presupuestos<sup>16</sup>:

- A. Existencia de culpa (Art. 512 Cod. Civil) o de dolo (Art. 521 Cod. Civil)<sup>109</sup>.
- B. Que la conducta del médico produzca un daño al paciente (Arts. 1109, 1067 y ccts.).
- C. Que exista relación de causalidad entre el hecho médico y el resultado habido u obtenido.

### *Culpa o falta médica*

Existe culpa cuando el incumplimiento de la obligación asumida por el profesional genera un daño al paciente sin que aquel haya tenido intención de producirlo<sup>139</sup>. Es la calidad de reprochable que tiene una conducta y que la convierte en responsable de las consecuencias jurídicas respectivas<sup>14</sup>. Dicen los juristas franceses que es el error de conducta que no hubiera cometido un individuo normalmente diligente puesto en las mismas circunstancias en el que se examina la acción.

La culpa es la falta de previsión de un resultado típicamente antijurídico que pudo y debió haberse previsto (culpa inconsciente) o que se confía evitar (culpa consciente)<sup>77</sup>. La transgresión que produce el daño puede ser intencional o voluntaria (dolosa) o bien involuntaria y sin intención (culposa). En el *dolo* se reprime y se pena la intención expresa de transgredir la norma y la responsabilidad surge cuando el médico realiza a conciencia, voluntariamente el acto que la ley prohíbe: aborto criminal, certificado falso, etc.<sup>154</sup>. En cambio en la *culpa* no existe intencionalidad dañosa y el perjuicio, previsible dadas las circunstancias, proviene básicamente de la negligencia, la impericia o la imprudencia del profesional.

La culpa o falta médica es uno de los presupuestos que se requiere para que se configure la responsabilidad médica y sus formas son: negligencia,

imprudencia, impericia o inobservancia de los reglamentos y de los deberes del cargo aunque sin intención de dañar<sup>77-154</sup>. La culpa produce el daño y origina la obligación de repararlo. A la culpa no basta con presumirla, hay que probarla. Basta con que sea discutible u opinable el procedimiento a seguir para que quede descartada toda idea de culpa, negligencia o imprudencia del profesional que se inclinó por un procedimiento determinado de acuerdo al principio de discrecionalidad<sup>149</sup>.

En base a estas consideraciones se puede concluir que la mala praxis consiste en no haber empleado las conductas diagnósticas y terapéuticas establecidas y aceptadas, por negligencia, imprudencia o impericia con un resultado perjudicial para el paciente.

Para evaluar la culpa médica el juez puede aplicar un criterio estricto, permisivo o intermedio. Este último quiere decir, no tan amplio que signifique impunidad, ni tan estricto que impida el ejercicio profesional. Es el que apoya la comunidad médica.

\*Si el médico no puede asegurar el resultado de su intervención profesional por la índole misma de la actividad que ejerce, es indudable que la culpa no podrá argumentarse meramente por la exhibición del resultado adverso, sino que deberá demostrarse la falta de idoneidad de los medios empleados por el médico para tratar al enfermo. Será entonces el que hace la demanda quien deberá demostrar la falta de la actuación médica. *La culpa debe ser demostrada por quien la alega.*\* En materia penal existe el principio de presunción de inocencia por lo que se deduce que la carga de la prueba debe estar a cargo del demandante.

En algunos fallos consta que el médico se encuentra en superioridad procesal probatoria, pues es quien sabe lo que realmente ocurrió. Por esto hay aconsejamiento jurídicos en el sentido que, ante una demanda el profesional se adelante a informar y a explicar debidamente lo que en realidad ocurrió<sup>154</sup>.

Según la *Teoría de la carga dinámica*, debe probar el que está en mejores condiciones de hacerlo, es decir, el médico. En estos casos, la responsabilidad médica es más severa.

### *Daño*

Es la lesión o perjuicio material o moral. Constituye junto a la culpa y la relación de causalidad

el tripode básico para la existencia de mala práctica y la obligación de indemnizar. Sin daño no hay mala práctica. (Art. 1067 Cod. Civil)<sup>154</sup>.

Son requisitos del daño: lesión de un interés, certeza del daño (no debe ser presunto sino real), y subsistencia (el daño debe perdurar al momento de ser reparado)<sup>201</sup>.

El daño puede ser material o moral. A su vez el daño material puede ser emergente (gastos en que ha incurrido el demandante) y lucro cesante (ganancia dejada de percibir). El daño moral es aquel que sufre el damnificado en sus valores morales, no económicos. Es decir, es la lesión de derechos extra patrimoniales. También se considera daño moral la pérdida de la intimidad, permanencia de la enfermedad, secuelas irreparables, prolongación del sufrimiento que impide una vida con paz y tranquilidad de espíritu. También se ha descrito el daño psíquico, que es el que afecta sobre todo el razonamiento<sup>20</sup>, y el daño biológico que es la disminución de la integridad psicofísica de la persona y que afecta las funciones naturales del sujeto en el que se desarrolla su vida. La cuantificación por separado de los distintos tipos de daño puede llevar a elevar el monto de la indemnización.

#### *Relación de causalidad*

Es el vínculo de conexión o nexo causal entre el hecho producido por una persona y el daño causado a otra. Es decir, en ausencia del hecho incriminatorio, el daño no se hubiera producido<sup>154</sup>. El daño es producido por el hecho cuestionado, que puede ser un acto positivo o una omisión. Significa el cumplimiento de la relación causa - efecto. Es fundamental demostrar si esta relación existió o no. Es decir, en un juicio por responsabilidad profesional, el demandante no sólo deberá demostrar la culpa y el daño causado sino también la conexión entre el obrar médico y el daño.

#### *Mala praxis o Malpraxis (MP)*

**Es un error hablar de "Juicios por mala praxis". Debe hablarse de "Juicio de responsabilidad profesional". La MP existiría cuando así lo determine el juez y no antes. El juez debe realizar con el máximo rigor y equilibrio procesal la comparación entre el acto en estudio y el standard ideal que él intenta definir**

**con ayuda del experto (perito). Para que exista MP no solo debe probarse la infracción a las normas médicas sino que dicha infracción haya ocasionado un daño sustancial al paciente. Sin daño no hay MP. Para que haya responsabilidad civil no es necesario buscar si existió intención, basta que se cumplan los requisitos.**

#### Definiciones

- I. Es la desviación de los estándares de cuidado aceptados que causa un daño en la salud del paciente<sup>24</sup>.
- II. "La omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da por resultado cierto perjuicio a éste" (Diccionario de Black).
- III. Consiste en no haber empleado las conductas diagnósticas y terapéuticas aceptadas y establecidas, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, con un resultado perjudicial para el paciente.
- IV. Es toda acción médica errada de acuerdo a la opinión de expertos médicos (es decir, no se define por la opinión del paciente o sus familiares)<sup>6</sup>.
- V. La MP es la violación de las normas del adecuado ejercicio profesional<sup>202</sup>.

#### Requisitos

Para que se ponga en juego el aparato de la responsabilidad es necesario que concurren los siguientes requisitos:

1. El autor debe ser médico e imputable.
2. La acción u omisión que produce el daño corresponde al quehacer profesional.
3. Culpa o falta médica: impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de los deberes y obligaciones del cargo.
4. Daño (moral o material).
5. Relación de causalidad: implica que el resultado obtenido es consecuencia directa de acciones u omisiones del profesional; relación causa - efecto.

Aclaremos los siguientes términos:

*Negligencia*: falta de celo o indiferencia. Descuido, falta de control, ausencia de verificación. Es "no hacer o hacer de menos". En la negligencia el

médico actúa sin poner el empeño necesario o la diligencia exigible.

**Imprudencia:** obrar con ligereza, apresuramiento, exceso, precipitación, de forma arriesgada o temeraria. Es "hacer de más". El médico actúa sin cordura, moderación o buen juicio.

**Impericia:** es actuar sin la capacitación necesaria. Falta de habilidad. Inexperto. "No sabe" o "hace mal".

**Inobservancia de los reglamentos y deberes del cargo:** es el incumplimiento de las normas a que está obligado el médico en ese momento y circunstancia como consecuencia del ejercicio de su actividad profesional. No sería una forma autónoma de culpa pues actuaría a través de negligencia, imprudencia o impericia.<sup>100</sup> No acatar la reglamentación es signo de imprudencia o negligencia.

Si no hubo daño al paciente, se dirime en sede administrativa. Ej.: abandono de la guardia, receta de medicamentos no autorizados, omisión de la historia clínica.

#### *Buena praxis (BP)*

La medicina no es exacta ni determinista, es probabilística o conjetural, es decir es una actividad falible que está en la búsqueda del menor error posible y el mayor beneficio probable<sup>75</sup>.

**Buena Práctica.** Decisiones que se ajustan a reglas y normas dictadas por expertos, las actitudes que satisfacen las expectativas de los pacientes, cumplimiento de las exigencias de la ley, evitar la dilapidación inútil de recursos, no desviar recursos en detrimento de necesidades de mayor prioridad y educar a los pacientes, parientes, colegas y a todos aquellos que intervienen en el proceso de salud<sup>61-67</sup>. Como vemos, esta definición de buena praxis va mucho más allá de considerar sólo los aspectos técnicos del acto médico y del accionar profesional.

#### *Requisitos para realizar una BP*

Buena formación profesional, con técnica adecuada y de correcta ejecución, acompañada de responsabilidad y sentido del deber. Respeto por los derechos de los pacientes, junto a un estricto cumplimiento de los deberes de los médicos y acatamiento de normas legales. Accionar prudente.

Con estos requisitos, que no son limitativos, conseguiremos calidad técnica con buen comportamiento ético.

La praxis médica queda rodeada de exigencias para ser buena o mala y no será buena si deja de lado todo cuanto la ética y el derecho le demandan a las ciencias de la vida y la salud.

#### *Deberes de los médicos*

De los Códigos de Ética de COMRA, AMA, AAC y de la bibliografía consultada surgen los deberes de los médicos, de los cuales hacemos una síntesis de los que consideramos más relevantes<sup>46-154-201-203</sup>.

- I. Deber de obrar o de asistencia. El médico tiene el deber legal, ético y moral de atender a toda persona en situación de gravedad o urgencia, sin condicionamiento alguno. El no hacerlo estaría comprendido en el Art. 108 CP (abandono de persona).
- II. Deber de obrar sin demora, especialmente en emergencias.
- III. Deber de obrar calificado.
- IV. Deber de aconsejar la internación cuando el cuadro clínico lo aconseje.
- V. Deber de abstenerse de asegurar un resultado.
- VI. Deber de derivar al paciente cuando su estado lo aconseje.
- VII. Deber de informar debidamente al paciente.
- VIII. Deber de advertir de los riesgos de la operación.
- IX. Deber de obtener autorización para el tratamiento.
- X. Deber de certificar el fallecimiento. Una "muerte dudosa" origina una intervención judicial y si hay evidencia de muerte violenta, hay que hacer la denuncia policial.
- XI. Deber de denunciar los delitos. Los de acción pública, muerte o lesiones graves producidas por accidente o agresiones.
- XII. Deber de confeccionar la Historia Clínica.
- XIII. Respetar la voluntad del paciente.
- XIV. Solicitar y aceptar interconsultas cuando sea necesario.
- XV. No usar técnicas sin margen de seguridad.
- XVI. Colaborar con las autoridades sanitarias y judiciales.
- XVII. Guardar el secreto médico.

#### *Eximientes de responsabilidad*

Hay responsabilidad civil de los cirujanos cuando concurren los requisitos básicos: culpa o falta médica, daño y relación de causalidad. La simple

inexistencia de uno, cualquiera de tales presupuestos esenciales, exime de responsabilidad.

Las Eximentes de Responsabilidad son circunstancias que producen el efecto de liberar de responsabilidad al profesional demandado<sup>201-202</sup>:

- a) *Error de diagnóstico excusable*: implica la falta de culpa y existencia de una razón admisible para errar. El médico está comprometido si hay un error grosero. Es excusable por ejemplo, el error diagnóstico en un caso atípico o confuso. El error de diagnóstico por sí sólo, no basta para generar responsabilidad si no existe culpa del médico. Si el error es grave e inexcusable, hay responsabilidad.
- b) *Caso fortuito o fuerza mayor*: el caso fortuito es aquella circunstancia que no ha podido preverse o que prevista no ha podido evitarse. Son sus caracteres esenciales: imprevisibilidad, inevitabilidad, actualidad, inimputabilidad. Esta causa eximente tiene un amplio margen de aplicación. La legislación no da definición de fuerza mayor (Art. 513 Cod. Civil). Llambías unifica los conceptos de caso fortuito y fuerza mayor así: es el hecho imprevisible e inevitable que impide absolutamente el cumplimiento de la obligación.
- c) *Conducta del paciente*. Es eximente de responsabilidad cuando no cumple las prescripciones, interrumpe el tratamiento, abandona al médico o se niega a recibir asistencia médica.
- d) *Fracaso del tratamiento*: es el caso de un tratamiento correctamente indicado pero fracasa por las particulares reacciones orgánicas e incluso por el propio estado de salud del paciente.
- e) *Estado de necesidad*: Se basa en el principio del "mal menor". Según el art. 34 inc. 3º del Cod. Penal se declara no punible "el que causare un mal para evitar otro mayor, inminente, al que ha sido extraño". En este caso el médico deja de cumplir la relación contractual con el objeto de evitar un mal mayor. El mal que se quiere evitar debe ser inminente, no se puede evitar por otros medios y el mal que se ocasiona debe ser menor que el que se quiere evitar. Quien produce el mal ha de ser ajeno a la situación de necesidad creada.
- f) *Iatrogenia*: Hecho generado por el profesional en un acto médico.<sup>35</sup> Erróneamente se lo considera sinónimo de Mala Praxis. En general la bibliografía nacional y extranjera, califica como iatrogenia un resultado indeseado. La doctrina

médico legal se inclina a vincular la iatrogenia como un ejercicio profesional correcto. La define como daño por la actuación médica sin culpa profesional imputable.

"Iatrogenia es toda alteración o daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, que ocasiona el médico en su ejercicio profesional al tratar de curar o mejorar a un paciente aplicando los métodos usuales indicados a condición de que no medie culpa (impericia, imprudencia, negligencia profesional)" Cátedra de Medicina Legal del Salvador. Debe diferenciarse del caso fortuito que responde a un hecho ajeno a la persona del médico. La iatrogenia nace de un acto del médico. Descartados los requisitos de la culpa, el acto médico genera efectos no queridos, que se traducen en iatrogenia. Resulta jurídicamente inculpable, inimputable para el profesional, si acredita haber actuado con diligencia. Por lo expuesto consideramos a la iatrogenia como un eximente de responsabilidad.

Este daño o lesión llamado iatrogenia, para algunos autores debería llamarse patoiatrogenia<sup>36</sup>, exenta, desde luego de toda responsabilidad. Por lo tanto la patoiatrogenia, verdadero riesgo terapéutico, es una lesión o enfermedad que por su ejercicio profesional correcto y sin culpa produce el médico (Macagno).

- g) *Culpa de un tercero*. Se entiende por tercero a toda persona, independiente del damnificado y del demandado, a quien se impute el deber de reparar. Pueden ser profesionales con autonomía científica y técnica que hubieren actuado en el diagnóstico, anatomopatológico, imagenológico, bioquímico, o en el tratamiento, anestesista, cardiólogo, hemoterapeuta u otros.
- h) *Riesgo quirúrgico*. Es la probabilidad que aparezcan resultados adversos, enfermedad o muerte, como consecuencia de la interacción creada en el paciente por la operación y el post operatorio. Hay riesgos que ciertas maniobras quirúrgicas originen lesiones en el paciente absolutamente involuntarias e inevitables. Este riesgo abarca los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y por los cuales no debe responder. Estos riesgos pueden derivar de la predisposición orgánica del paciente o como consecuencia del tratamiento quirúrgico. Aun el cirujano más hábil y pese a la prudencia más rigurosa, puede provocar lesiones de

órganos adyacentes. Según Bonnet se trata "de una falla o falta quirúrgica pero a menudo esta supuesta falta es imposible de evitar". Las operaciones no son absolutamente predecibles. Los factores de riesgo actúan independientemente de los avances tecnológicos<sup>42-502</sup>.

En las causales eximentes de responsabilidad médica, la carga probatoria recae exclusivamente en el profesional.

A pesar de existir todas estas causales que actúan como eximentes de responsabilidad el cirujano siempre debe tratar de hacer la mejor praxis posible, pues como dice Soler, la culpa ajena no tiene el efecto de borrar la culpa propia.

### CAPITULO III

#### *Juicios por responsabilidad profesional*

#### A. CAUSAS DE LOS JUICIOS 161-36-306-126

##### Causas atribuibles al paciente

- Mala RMP.
- Afán de enriquecimiento. Transformación del dolor en lucro.
- Ante un resultado no esperado, se piensa que el médico ha tenido impericia, negligencia o imprudencia. Nuestra obligación es de medios y no de resultados, pero generalmente son éstos los que determinan los juicios.
- Venganza o resentimiento ante un resultado adverso; se busca un culpable.
- Ignorancia; paciente mal informado por el cirujano.
- Moda. Los medios de comunicación no son inocentes en este tema.
- El mito popular: medicina infalible; por lo tanto, complicación sería sinónimo de MP.
- Mayor exigencia en los resultados.
- Honorarios considerados excesivos.

##### Causas atribuibles a los médicos

- Falta de formación adecuada: actualización y capacitación profesional.
- Deterioro de la RMP o RMF.
- Falta de conocimiento de sus deberes, de los derechos de los pacientes y de la legislación.
- Desaparición del médico de familia; hoy el médico es impuesto y no elegido por el paciente.

Sin embargo Yungano se pregunta si este médico de familia, "romántico solitario", podría solucionar los complejos problemas de la medicina actual.

- Deterioro económico de los médicos. No hay dinero para el aprendizaje permanente.
- Multiempleo. Poco tiempo dedicado a los pacientes.
- Médico proclive a desconocer o minimizar las medidas de prevención y a no acatar las obligaciones jurídicas.
- Atención no personalizada. Tratar enfermedades y no enfermos.
- Fallas de conducta o principios ético - morales del profesional.
- Aceptabilidad a circunstancias precarias del acto médico.
- Insuficiente comunicación con el paciente, especialmente sobre riesgos y complicaciones.
- Médicos "muy expuestos"; TV, etc.

##### Causas dependientes del ámbito social.

- Posibilidad de litigar sin costas. Aunque esta disposición es justa, su existencia facilita la iniciación de la demanda, como lo demuestra una reciente encuesta según la cual el 77% de los consultados no hubiera iniciado el juicio de no existir esta posibilidad<sup>136</sup>.
- Rentabilidad. Estudios jurídicos que incitan a presuntos damnificados a hacer un juicio. El sueño de grandes honorarios. "Industria del juicio".
- Espionaje de empleados desleales de instituciones asistenciales.
- Deshumanización de la medicina por el desarrollo tecnológico.
- El Sistema de Salud no permite elección de médico ni Servicio.
- Disminución de la autoridad social del médico, producida en parte por el aumento de las exigencias de la comunidad.
- Manejo inadecuado de los medios. Sensacionalismo. Prensa amarilla. Gran deterioro de la imagen del médico.
- Alerta generalizada en los medios ante un presunto daño médico.
- Concepción mercantilista de la profesión. Se paga por un "servicio", si éste es considerado inadecuado, se hace juicio.
- El "entendido opinador" o el colega que siempre dudas en la familia.

- Abogados, pacientes y médicos con pocos escrúpulos.
- Existencia de una "sociedad reclamante": mayor exigencia por los derechos.
- Aumento de la actividad médica. En occidente hay aproximadamente un millón de actos médicos por día.
- El hedonismo que rechaza el dolor y el sufrimiento (Gisberg Calabuig).

## B. CONSECUENCIAS

### Desfavorables

- Medicina defensiva: según la American Medical Association es la realización de métodos complementarios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos que no se hubieran llevado a cabo si no fuera por el temor a una demanda. En realidad, "cirujano a la defensiva". Gran aumento de costos. Es una MP para evitar otra MP.
- Cirugía segura: casi sin complicaciones pues se descartan pacientes con alto riesgo<sup>161</sup>.
- Cirugía en menos: grave sobre todo en oncología pues se hace menos de lo que se debe hacer. Cirujano abstencionista<sup>161</sup>.  
Del 1er Congreso de Medicina Legal (Bélgica 1967):  
"Cuando llega el momento de adoptar decisiones en una situación de vida o muerte, el médico no debe preguntarse si lo que se propone realizar puede entrañar consecuencias legales, pues ello podría convertirse en un freno que en última instancia perjudicaría al paciente. El profesional debe actuar con grandeza y responsabilidad"<sup>166</sup>.
- Síndrome judicial. Grave repercusión personal y familiar del juicio.
- Costos: proceso caro y que dura años.
- Necesidad de seguros.
- Daño irreparable a la fe pública en los médicos y la medicina.

### Favorables

- Nos obliga a mejorar la atención médica. Los anestesiólogos están mejorando las condiciones de seguridad y trabajo. Mayor seguridad para el paciente.
- "Pasamos de la omnipotencia a la humildad" (Vicente Gutiérrez).

## C. EL SINDROME JUDICIAL

Hurtado Hoyo llama así, a las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se producen en un individuo que se ve sometido a una situación procesal. El simple hecho de la denuncia lleva a un desequilibrio psico-emocional al demandado, pues actuando como una noxa, origina un stress que puede provocar daños temporarios o definitivos e incluso la muerte. Esto es lo que ocurre al cirujano cuando es demandado, y como cada persona tiene un órgano de choque, la sintomatología varía: trastornos psico emocionales, hemorragias digestivas, bronco espasmos, infarto de miocardio, hipertensión arterial, etc. Desgraciadamente, para muchos de estos médicos "ya nunca nada será igual" en su vida. Y a partir de allí, además de un probable cambio más o menos profundo de su personalidad, puede implementar las siguientes conductas adaptativas: cambio de especialidad, no aceptar pacientes de riesgo, ver al paciente como enemigo personal, actuar con resentimiento, implementar la medicina defensiva, abandono del arte, sólo queda la ciencia y la técnica, que no es ya Ciencia Médica<sup>167-168-169</sup>.

## D. PREVENCIÓN DE LOS JUICIOS.

Nadie está exento de ser demandado por responsabilidad profesional. Culpable o inocente. Esto lo determinará posteriormente el juez. A su vez, establecida la demanda, nuestra suerte dependerá de un juez, tan falible como nosotros. Sin embargo existen otras instancias incluida la Corte Suprema.

Vale decir, podemos ser demandados siendo inocentes y podemos, hipotéticamente, ser condenados, siendo inocentes. Es por esto que debemos valorar la prevención<sup>207</sup>. Ante esta premisa queremos hacer las siguientes reflexiones:

- 1º Aunque sea obvio, diremos que para evitar una mala praxis hay que hacer una buena praxis.
- 2º Una muy buena relación médico paciente podría evitar una demanda.
- 3º Ante una demanda, tener una muy buena documentación podría evitar una sentencia condenatoria.

En USA actualmente piensan que disminuirán francamente los juicios con la mejor capacitación de los residentes en mejorar la calidad de atención y sobre todo la comunicación con el paciente.

Entiéndese por efectos adversos, el daño producido por el médico en forma independiente del

que haya producido la enfermedad. A pesar de los intentos por estandarizar las operaciones, esos efectos se siguen produciendo, porque existen causas no controladas. Con el fin de limitar los efectos adversos algunos autores norteamericanos, especialmente Frank Spencer del New York University Medical Center, han elaborado programas, imitando lo que hicieron otras actividades de riesgo como la Aviación Comercial, basados en un sistema de denuncia sistemática, obligatoria, confidencial y despenalizada que permite conocer anónimamente los mecanismos recurrentes del error humano como generador de efectos adversos en la práctica y así poner en marcha esos programas de prevención<sup>39</sup>. A partir de allí las Sociedades Científicas pueden privilegiar su imagen de organizaciones altruistas y no la de Corporaciones que sólo defienden el interés de sus miembros.

#### Medidas de Prevención

- Buena Praxis. En las operaciones realizar, entre otras cosas, la cirugía según normas aceptadas, recuento de gases y exigir la presencia del anestesiólogo en el quirófano.
- Conocimiento de la Ley y cumplimiento de sus exigencias.
- Respeto por los derechos de los pacientes.
- Buena RMP: atención personalizada con tiempo necesario; compartir las decisiones.
- Buena relación Institución - Paciente. Facilitar las cuestiones administrativas para la atención médica.
- Segunda opinión, con profesionales de prestigio: indica diligencia y transparencia en situaciones complejas.
- Historia Clínica. La práctica ideal colisiona con la práctica real; tratemos de aproximarnos a la práctica ideal.
- Protocolo quirúrgico bien confeccionado.
- Consentimiento informado escrito y firmado. La información, de buena calidad, debe ser suministrada por el cirujano.
- Si el enfermo se niega a un determinado tratamiento, involucrar a familiares y hacer firmar a todos la decisión en la H.C.. Se debe incorporar el formulario de rechazo.
- Preparación y ejecución minuciosa de los actos quirúrgicos, incluida la cirugía menor.
- Estricto cumplimiento de las normas de esterilización y profilaxis de las infecciones.
- Evitar hacer prescripciones por consultas telefónicas.
- Ante complicaciones:
  - dar explicaciones, no disculpas,
  - incrementar el seguimiento,
  - ofrecer o aceptar interconsultas,
  - registrar todo en la H.C.
- Evitar la soberbia que daña la RMP.
- No publicitar problemas médicos en los medios.
- Exigir que los ambientes de trabajo tengan las comodidades y equipamiento tecnológico adecuado a la cirugía programada. Si no se dan las condiciones, NO OPERAR. No adaptarse a la precariedad de los medios.
- El médico además de saber la medicina que ejerce debe ser un prudente, cuidadoso y responsable humanista en todos sus actos profesionales, ya que es la vida humana la que está entregada a su cuidado.
- Obligación de las instituciones asistenciales del control del Equipo Quirúrgico: capacitación técnica, valores morales, evaluación responsable, curriculum, título.
- Mejorar el Arte y la Técnica.
- Mejorar la RMP. Responsabilidad de médicos, prestadores (modificar el sistema de atención médica), formadores (actitudes responsables, éticas y humanísticas) y pacientes.
- Insistir ante los profesionales del derecho el carácter probabilístico de la Medicina.
- Concientizar a la población del daño irreparable del deterioro de la RMP.
- Buen diagnóstico, con operación justificada (no innecesaria) y bien ejecutada.
- Mantener vigente el secreto médico.
- Pedir consejo ético y legal cuando sea necesario.
- Buena selección de colaboradores para el equipo quirúrgico.
- No hacer cirugía en más o en menos, sino la necesaria y apropiada.
- Tratar de reducir la frecuencia de los episodios prevenibles.

#### E. PROTECCION

Acciones que están siendo realizadas por la Asociación Argentina de Cirugía

- Solicitar la incorporación de un representante de la AAC en las comisiones legislativas de salud.

- Intervenir ante la posibilidad de cambiar o modificar leyes referidas al ejercicio profesional de los cirujanos.
- Accionar para legislar en el sentido de desalentar el comercio de los juicios.
- Cursos y Jornadas con temas de Responsabilidad Civil. Publicaciones en revistas, folletos, boletines con opinión de médicos, jueces, abogados.
- Normatización o guías para diagnósticos y tratamiento para servir de estándar frente a eventuales reclamos. Deberían colocarse las mismas en la página web de la AAC para facilitar el acceso.
- Ocupación creciente de la AAC en la defensa del ejercicio profesional.
- Oposición a la inversión sistemática de la carga de la prueba.
- A través del Comité de Asuntos Legales y Laborales:
  - Bregar por que los organismos de Salud reconozcan a la AAC como la organización de cirujanos más representativa del país.
  - Tareas de educación, prevención y asesoramiento en aspectos legales del ejercicio de la cirugía.
- Está tratando de lograr el apoyo legislativo para garantizar los derechos de los cirujanos frente a la "Industria del Juicio" por MP, mediante:
  - a) Plazo de prescripción. Dos años en lugar de diez. (Art. 4037 Cod. Civil).
  - b) Incorporar como 2º párrafo del Art. 84 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el siguiente:
 

"Toda prueba pericial se sustanciará por intermedio de los Cuerpos Técnicos Periciales que establece el reglamento para la Justicia Nacional".
  - c) Incorporar como último párrafo del Art. 458 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, el siguiente:
 

"En todos aquellos Juicios en que se hubiere concedido el beneficio de litigar sin gastos, el juez, de oficio o a pedido de parte, dispondrá que la prueba pericial se realice a través de los Cuerpos Técnicos Periciales que establece el Reglamento para la Justicia Nacional". Cada provincia tiene su propio Código de Procedimientos.
  - d) La modificación de los Arts. 84 y 94 del Cod. Penal por la Ley 25189, es motivo de profunda preocupación entre los médicos. Como consecuencia de los frecuentes y graves

accidentes automovilísticos, los legisladores han elevado las penas a todo aquel que por imprudencia, negligencia o impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte (Art. 84) o un daño en el cuerpo o la salud (Art. 94). Las objeciones que surgen de la reforma penal aludida es la de colocar en un mismo plano la actitud de un desaprensivo conductor de un automóvil, con el accionar profesional médico, sujeto a múltiples y diferentes circunstancias y situaciones. El problema es que en la nueva redacción se mantiene la condición genérica del actor cuando se habla de "su arte o profesión", incluyendo así a los médicos. Distintas asociaciones médicas han solicitado una modificación de los referidos artículos (Maccagno y cols.).

#### Otras acciones sugeridas:

- Lugar fijo en la Revista de la AAC en la que la Comisión de Asuntos Profesionales o alguien a su solicitud, escriba algun punto específico sobre responsabilidad profesional.
- Formar un plantel de Peritos Médicos en las diferentes especialidades quirúrgicas. La fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez teniendo en cuenta la competencia del perito.
- Tener Seguro de Responsabilidad Civil. Las aseguradoras de riesgo responden solamente por las consecuencias civiles ya que las penas son personales y no pueden delegarse a terceros. Asistencia Jurídica Preventiva.
- Fondo de resguardo profesional de Instituciones colegiadas. Es un Fondo solidario y de carácter obligatorio administrado por los médicos (Consejo Médico) de algunas provincias que cubre la responsabilidad que se genera y deriva del ejercicio de la profesión. Se constituye mediante el aporte obligatorio de todos los matriculados. El Fondo, como el Seguro, sólo cubre las consecuencias patrimoniales.
- Especialistas de Bioética en Centros Asistenciales.
- Consejo de Expertos: estudio de la demanda antes del juicio con dictamen de carácter pericial. Integrado por personalidades de reconocida aptitudes éticas y profesionales. Eventualmente puede actuar como tribunal de mediación.

- Si se otorga el beneficio de litigar sin gastos, conseguir que se establezca un límite máximo en los montos indemnizatorios.
- Recomendar a las Instituciones Asistenciales la creación de Comités de HC, infecciones, tumores, prevención de responsabilidad civil, bioética, que mejoran la atención médica.
- Implementar una campaña de información y prevención para evitar o disminuir juicios por MP.
- Solicitar excelencia profesional a la Universidad, y a las Sociedades Científicas.
- Asesoramiento legal permanente con servicio de Medicina Legal en Hospitales e Instituciones Públicas y Privadas.
- Auditoría Médica para control de calidad.
- Comité de Responsabilidad Profesional con fines educativos, normativos y de asesoramiento médico y jurídico para los profesionales en los Hospitales y en las Sociedades Científicas.
- Promover reuniones entre las Asociaciones de Médicos, Abogados y Magistrados con la finalidad de intercambiar opiniones sobre el tema de responsabilidad profesional.
- Aprender de jueces, abogados, médicos legistas y médicos de mayor experiencia.
- Invitar a las Instituciones Privadas a que hagan una supervisión de la idoneidad de sus profesionales.
- Estudio intensivo en grado y en post grado de Ética Biomédica y Humanismo Médico, conocimiento de la Ley, Responsabilidad Profesional, Derechos de los pacientes y Deberes de los médicos, revisar la enseñanza de Medicina Legal.
- Responsabilidad del Estado e Instituciones; autodepuración del sector quirúrgico. Promoviendo a los buenos médicos, estamos defendiendo a la buena cirugía.
- Promover la creación en las Facultades de Medicina de Comisiones para el asesoramiento y consulta de los Poderes Legislativo y Judicial, e instituciones médicas públicas y privadas.
- Seguro Institucional.
- Tratar de obtener la exigencia del depósito previo en las demandas.
- Impulsar y motivar a las Instituciones Científicas y Académicas para unirse en defensa de un ejercicio profesional sin trabas ni cercenamiento.
- Denuncia a gestores y corredores para inducir a presuntos afectados a iniciar juicios por MP (Art. 10 Ley 23187)

- Formación de excelencia del cirujano: Educación Médica Continua, Certificación y Recertificación. Los buenos antecedentes pueden actuar como una presunción favorable en el ánimo del juez. En conclusión, consideramos elementos básicos para la prevención - protección: buena relación médico paciente, buena formación profesional, atención médica de calidad, protocolos y guías de procedimientos, correcta atención ante complicaciones, conocimiento y respeto irrestricto de la ley y de los derechos de los pacientes, excelente documentación: HC, CI, tener seguro o fondo de resguardo solidario, prudencia.

#### F. VALORACION DE FACTORES DE PREVENCIÓN

Si no podemos modificar enfermos, códigos, leyes, jueces y abogados, tendremos que actuar en el otro factor de la ecuación en una demanda, el cirujano.

Se suele decir que con una buena relación médico paciente y con una buena Historia Clínica, evitamos la mala praxis. Como ya dijimos, lo que una buena relación médico paciente puede evitar es la demanda, y una buena Historia Clínica, una sentencia condenatoria. Aunque sea obvio diremos que para no hacer mala praxis hay que hacer buena praxis y ésta es más frecuentemente realizada por aquellos profesionales que tienen buena formación.

La medicina es probabilística o conjetural y no determinista, no es ciencia exacta. A su vez el cirujano es un ser humano falible y como tal puede cometer errores, tiene limitaciones, pero estas serán menores si tiene buena formación. Nadie está exento de una demanda, incluso de una sentencia condenatoria. Sin embargo creemos que el cirujano con buena formación y técnica depurada, proceder ético, responsabilidad y sentido del deber, tiene un alto grado de posibilidades de realizar una buena praxis con referencia a aquel que carece de esas características.

La formación que se adquiere con la residencia, certificación y recertificación, nos asegura una buena capacitación en los aspectos técnicos, pero no nos asegura la calidad humana y la seriedad profesional. Estas se obtienen cuando se tiene responsabilidad y conciencia, es decir valores ético - morales.

Estos profesionales tienen calidad técnica ("lo que se puede hacer") y comportamiento ético ("lo que se debe hacer"). Ni por lejos creemos que las características profesionales sean las causantes excluyentes de la Mala Praxis, pero sí creemos

que son importantes y sobre todo, modificables. Por otro lado no se trata de "sacar de la línea de fuego" a los demandantes, de lo que se trata es de no equivocarse el camino y pensar que con el tratamiento de ese solo factor, basta.

Por lo tanto y a manera de resumen:

- El objetivo del cirujano será ofrecer una buena medicina unida a un manejo ético que responda al perfil axiológico de cada paciente. La excelencia de la calidad de atención médica es el mayor reaseguro para evitar las demandas<sup>17</sup>.
- Ante problemas que surjan con el paciente y la familia, sólo una buena RMP puede evitar una demanda.
- Ante la demanda instalada, para obtener una sentencia liberatoria de responsabilidad civil, la herramienta más idónea y casi exclusiva, es una correcta HC.

Dos trabajos apoyan esta tesis de bregar por una calificada formación profesional como una buena manera de actuar en la prevención de la MP.

Adamson y colaboradores llegan a la conclusión que "Los médicos con mejor preparación científica y académica tienen menos juicios que aquellos con deficiente preparación"<sup>18</sup>.

Bolsin S., "Professional misconduct: the Bristol case". Elevadísima mortalidad operatoria en cirugía cardiovascular infantil por insuficiente preparación de los equipos quirúrgicos intervinientes. Este episodio está involucrando en la actualidad a los máximos responsables de la Salud del Reino Unido<sup>19</sup>.

#### *Cómo actuar ante una demanda*

1. Controlar las consecuencias del síndrome judicial y buscar equilibrio familiar para obtener acompañamiento y protección.
2. Uniformar criterios y solidificar el equipo médico y personal auxiliar interviniente.
3. Comunicación con la aseguradora y/o fondo de resguardo profesional.
4. Buscar un abogado especializado y, si fuera posible, de confianza.
5. Conocer el proceso del juicio para coactuar con el abogado defensor.
6. No ser reticente para aportar pruebas demostrativas de la Buena Praxis o de su falta de culpa (HC, CI).
7. Elegir un perito de parte que actúe en el período de producción de las pruebas.

8. Presentar estudio bibliográfico actualizado del problema planteado.
9. Buscar asesoramiento e información de instituciones científicas acreditadas y de comités de expertos para complementar la labor de los abogados patrocinantes.
10. Prepararse para resistir con argumentos fundamentalmente científicos, las exigencias de la demanda.
11. Mostrar fortaleza psico física pues la debilidad nos hace más vulnerables.
12. No responder a las agresiones con agresiones y ser prudente al informar.
13. Dar explicaciones.
14. No pedir disculpas.
15. En ciertas circunstancias, si se justifican, de acuerdo a la procedencia de la demanda, buscar la mediación para lograr un arreglo extrajudicial.

#### CAPITULO IV

##### *Historia clínica*

La Historia Clínica (HC) es el medio más seguro de defensa en una contienda judicial si está perfectamente confeccionada y es una prueba objetiva que valora la conducta de quienes atendieron al paciente.<sup>20</sup> Es decir, es la prueba escrita de la actividad médica desarrollada en el paciente para procurar la recuperación de su salud. Es el mejor testigo del médico. De entre los medios de prueba, la HC y la prueba pericial son los medios más importantes.

Debe tener información suficiente, registrada en forma secuencial que justifique diagnóstico, tratamiento, evolución y resultado final. Es la manera que tiene el médico de ilustrar el criterio del juez para sentenciar. Este documento es de realización obligatoria en todo servicio sanitario público o privado, siendo responsable de la confección, conservación y archivo, el Director Médico del establecimiento. La adulteración de la HC es un delito penal. (Delito contra la fe pública - Ley 17132 art. 40) Si la HC es rehecha por el profesional, con una pericia caligráfica se demuestra el fraude<sup>20-22</sup>.

Según Blanco, como consecuencia que el médico escribe poco y mal, la HC que debiera ser una herramienta de ayuda termina por convertirse en elemento determinante de su condena. De un elemento de prueba de correcta atención se puede transformar en herramienta de prueba de culpa médica. Es decir, por negligencia se pierde la posi-

bilidad de usar esta prueba de gran valor. Se considera que una buena atención médica tiene como correlato una buena HC. A su vez una HC insuficiente, y desgraciadamente esto es muy frecuente, es una presunción en contra y expresa un cierto grado de negligencia. Lo de escribir más es una dura tarea en la realidad cotidiana de los lugares de trabajo médico. Agrest sostiene que la práctica ideal cede ante la práctica real. Pero, aunque cueste un gran esfuerzo, deberían cambiarse los hábitos y escribir y describir más y mejor<sup>6</sup>.

Desde el punto de vista jurídico se considera que una mala HC quebranta por el médico el deber de colaborar con la justicia: violación del deber de colaboración procesal.

Seguendo a Poggi pensamos que en la HC nada se debe omitir y que la actividad médica se valora en la gran mayoría de los casos a través de medios y no de resultados, y por lo tanto todos los medios utilizados deben ser minuciosamente escritos. Así, la HC adecuadamente conformada es el elemento más idóneo para demostrar que se obró correctamente y con diligencia. Aun más, Sapisochín dice que la HC es el único elemento que tiene el cirujano para demostrar la calidad de la prestación. Es un documento o instrumento redactado por un médico, en razón de todo lo oído, visto, descubierto y actuado durante la atención de un enfermo.

#### Contenido y redacción

Debe contener todo lo que pueda traducir pericia médica, diligencia, adecuada prudencia y observación de los deberes a su cargo que le impone la ley. La HC debe ser redactada por el propio médico tratante con letra absolutamente legible y debe escribirse contemporáneamente a los hechos, de manera que siempre esté completa. No olvidar que la primera medida de la justicia en caso de demanda, es el secuestro de la HC. Folíada y con el nombre del paciente en cada hoja. Fecha, hora, firma y sello en cada intervención del médico. Sin tachaduras ni borraduras. Las enmiendas deben ser salvadas. No dejar espacios en blanco ni usar abreviaturas, excepto las salvadas a la primera mención. Redacción objetiva. A veces hay fallas que podríamos considerar menores (letra ilegible, falta de sello, terminología inadecuada, etc.) que sumadas constituyen una negligencia en la confección de tan importante documento. Debe tener todos los datos del

ingreso: fecha, hora y cuadro clínico, y los estudios que se soliciten y sus resultados serán transcriptos. Interconsultas: día, hora, informe del especialista, firma y sello<sup>58-136</sup>.

Se debe confeccionar pensando que podrá ser leída, examinada, auditada e impugnada por auditores, abogados, peritos y jueces, incluso mucho tiempo después del acto médico. Además *todo aquello que no esté registrado puede presumirse como no realizado*. "La realidad no es lo que sucedió o lo que Ud. sostiene que sucedió, la realidad es lo que consta en la HC" (Citado por Ferreres<sup>73</sup>). Si son necesarios testimonios deben firmar otros médicos, enfermeros, etc. El paciente debiera firmar al pie de la información. En los casos que corresponda, firmarán tutor, familiar o representante legal.

Al no existir un modelo tipo, cada servicio puede elaborar uno que responda a sus necesidades asistenciales, científicas y legales, pero siempre respetando los contenidos mínimos. Quizás sería bueno implementar una HC estructurada que facilitara su confección sin olvidar detalles importantes.

#### Protocolo quirúrgico o parte quirúrgico

La intervención debe ser muy bien descrita en sus distintos pasos, de tal forma que quien lea tenga la sensación de estar observando el acto quirúrgico. Debe estar incluido el informe del anestesista y eventualmente el del cardiólogo<sup>136</sup>.

#### Evolución

Usar frases cortas. Hacer constar la respuesta al tratamiento y los cambios en la medicación. Fecha, hora, firma y sello. Se debe hacer una estricta vigilancia y supervisión de las indicaciones. La evolución debe demostrar palmariamente que la función del cirujano está lejos de agotarse con su accionar en el quirófano<sup>58</sup>.

#### Epicrisis

Como corolario de la HC debe realizarse un resumen breve de lo actuado, destacando aquellos elementos que tengan jerarquía con respecto a la patología del paciente. Es un resumen estructurado de lo actuado y sus consecuencias o resultados<sup>93</sup>.

## Alta

Debe constar la causa: "curado", "mejorado", "a pedido de los familiares" (firmar), "fuga". Si el paciente fallece se debe anotar con la mayor exactitud, día, hora y causa inmediata de la muerte y los motivos que llevaron a ese desenlace. También hay que registrar las indicaciones para la casa.

## Aspectos éticos legales más relevantes

- *Confidencialidad.* Está sujeta al secreto médico, cuya violación está tipificada en el Art. 156 Cod. Penal. Sin embargo, ante un requerimiento judicial se la debe remitir<sup>46</sup>.
- *Propiedad.* En nuestra doctrina la titularidad de la HC pertenece tanto al paciente como al médico o al Servicio Asistencial y debe estar archivada, en poder y al cuidado de estos últimos. El paciente tiene derecho a llevarse una copia.
- *Acceso.* El paciente debe tener libre acceso a su HC, aunque no puede modificar nada.
- *Conservación.* No podrá ser inferior al de la prescripción legal de los posibles derechos invocados o ejercidos en cada caso: 10 años (Art. 4023 Cod Civil.). No desprenderse nunca de una HC sin hacer previamente una fotocopia. Una buena HC no es solamente una cronología de los hechos ocurridos, sino una síntesis razonada, coherente y secuencial del pensamiento médico que, acompañada de los resultados de los exámenes complementarios, justifica los procedimientos diagnósticos y las conductas terapéuticas empleadas.

## Ventajas de una HC bien documentada

Mantiene la carga de la prueba de la presunta mala praxis en manos del demandante. Constituye presunción favorable de buena praxis. La pericia con que fue redactada indica en cierto modo la pericia con que fue atendido el paciente. Tiene valor probatorio a favor del profesional. Al ser las obligaciones médicas "de medios", los actos se perfeccionan con el registro, y al ser la HC prueba fehaciente de ello, constituye el instrumento de medicina legal por excelencia.

## Desventajas de una HC mal documentada o inexistente

Es prueba en contra e indicio de falta de colaboración del médico en el proceso judicial, sugiriendo

negligencia, y a su vez, motiva la inversión de la carga de la prueba. Esto último es muy grave<sup>14</sup>.

## HC informatizada

Según J.C. DoPico el avance tecnológico no ha sido debidamente acompañado en nuestro medio de un avance legislativo. No existe una legislación específica que regule la forma en que el médico debe registrar y guardar sus informaciones. Por lo tanto la ley no prioriza la validez de una HC manuscrita sobre una informatizada. Queda a criterio del profesional la elección del tipo de HC a confeccionar<sup>47</sup>.

En todos los casos la institución debe tomar las medidas de seguridad de inalterabilidad de los datos y de protección de la información.

En el caso de la HC informatizada, la implementación de la firma electrónica es un método de seguridad que permite definir quien es el autor de un determinado archivo informático, evitando su adulteración y lectura por personas no autorizadas. La firma electrónica identifica al usuario mediante un código único que el sistema le asigna. El mismo DoPico reflexiona: si bien la HC informatizada es legal, su valor probatorio puede ser relativo por cuanto las medidas de seguridad dificultan la alteración de los datos contenidos en ella, pero no impiden de manera absoluta su adulteración. Por supuesto que los ilícitos también pueden ser realizados y de una manera más fácil, en los documentos en papel.

Mariona y cols. hacen un estudio comparativo entre la HC computarizada y la HC en papel<sup>47</sup>.

| HC COMPUTARIZADA                               | HC EN PAPEL  |
|--|--|
| Utilizable en todo momento o lugar             | Utilizable en un solo lugar                        |
| Siempre disponible                             | Frecuentemente extraviada                          |
| Siempre completa                               | Usualmente separada por varios usuarios            |
| Siempre legible                                | Algunas veces legible                              |
| Siempre con fecha y hora                       | A veces con fecha y hora                           |
| Siempre firmada                                | A veces firmada                                    |
| Potenciales tratamientos redundantes reducidos | Incompleta con información duplicada e innecesaria |
| Menor número de errores                        | A veces inexacta                                   |
| Ingreso estandarizado de datos                 | Organizada según necesidad de cada servicio        |

Cabría aclarar que en este cuadro se compara un sistema bien implementado en computadora con un uso inadecuado del papel.

Otra ventaja de la HC informatizada, es la posibilidad de separar la información clínica confidencial de los datos de identificación personal, por lo cual las tareas administrativas, facturación, etc. pueden efectuarse sin que el personal conozca el resto de la historia.

### Consentimiento informado

#### Antecedentes históricos

A partir del Código de Nuremberg (1948) se produce un revolucionario cambio en la orientación de los derechos humanos con una nueva interpretación de las libertades individuales y sobre todo de la autonomía de las personas. Las posteriores Declaraciones de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki (1964), Tokio (1965), Venecia (1983), Hong Kong (1989), ratificaron y ampliaron el Código de Nuremberg.

#### Definición

El Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos lo define: "El Consentimiento Informado (CI) consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para, a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio sobre el paciente."

En el caso de los cirujanos, consiste en explicar al enfermo y si es posible también a un familiar, de una manera simple y clara, todo de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente, las ventajas y desventajas de la operación propuesta<sup>65</sup>. Es preferible que sea escrito y firmado<sup>66</sup>. Ghersi opina que si el paciente al que se le informa no comprensión, el consentimiento se transforma en sólo un "asentimiento". Si se da mala información sin comprensión, el "asentimiento" no protege los intereses del paciente, ni tampoco cubre la responsabilidad del profesional<sup>66</sup>.

Constituye un requisito indispensable para la práctica de cualquier terapéutica médica o quirúrgica,

así como cualquier tipo de exploración o prueba diagnóstica que signifique el más mínimo riesgo físico o moral para el paciente.

#### Fundamento jurídico

Es exigible según normas legales vigentes (Leyes 17132 y 21541), y es obligación de informar al paciente y familiares cercanos los riesgos del tratamiento indicado.

Bustamante Alsina, en su Teoría General de la Responsabilidad Civil, dice: "El cuerpo de un enfermo no puede ser tocado por el médico sin el consentimiento del mismo, teniendo como condición que el enfermo sea mayor de edad y no esté privado de la razón." Para Bidart Campos el derecho a la salud pertenece al paciente y no debe tolerarse que so pretexto de ser protegido se autorice al médico a poner en práctica coactivamente un tratamiento en contra de la voluntad del enfermo. La falta de CI puede constituirse en presupuesto de responsabilidad por mala práctica, ya que conformaría una agresión en el paciente por haber actuado sin su voluntad y atentando contra su libertad.

Existe obligación legal de obtener el CI por escrito para la realización de algunas prácticas médicas como amputación de miembros, serología para HIV, procedimientos de transplantología, participación en investigación clínica y farmacológica.

#### Fundamento ético

La raíz del CI no es jurídica sino ética, ya que desde tiempos muy antiguos la mayoría de los médicos han acostumbrado a explicar e informar. En realidad es una regla moral que deriva del reconocimiento del principio de autonomía. Es decir, el paciente como ente autónomo capacitado para tomar decisiones, después de toda la información suministrada por el cirujano, podrá discernir lo que más le conviene de acuerdo a sus expectativas, creencias o convicciones. Por lo tanto revela información y fomenta la toma de decisiones autónomas. No debe interpretarse como conformidad con potenciales daños por negligencia, imprudencia o impericia. La doctrina del CI refleja el conflicto dentro de la Relación Médico Paciente (RMP), que opone el paternalismo del médico en el manejo terapéutico con la autonomía de la voluntad del paciente en la toma de decisiones. Es el reconocimiento de la autonomía

del paciente y posibilita que éste exprese su voluntad de aceptar o rechazar el tratamiento o prácticas diagnósticas. La información también actúa como advertencia, porque si el enfermo está informado que puede tener una complicación y ésta se produce, será esperada. Una operación en contra de la voluntad del paciente es un ilícito penal, sin perjuicio de la responsabilidad civil. El CI funda su doctrina en el derecho personalísimo del paciente para disponer de su cuerpo y en la obligación del médico de honrarlo brindando información veraz.

El CI no constituye un escudo legal para inconductas médicas como impericia, imprudencia o negligencia. La información y el consentimiento no son eximientes de responsabilidad en sí mismos. Por lo tanto no evita los juicios, pero sí puede evitar una sentencia desproporcionada. Un buen CI protege contra la acusación de que el paciente no fue advertido de los efectos adversos, que fue tratado sin su permiso, que fue engañado<sup>10</sup>.

El CI es un gran compromiso sobre todo ético, de manera que hacerlo no cubre legalmente como quisieramos, pero no hacerlo puede ser para el juez presunción de negligencia.

A partir de la información al paciente, puede aceptar o rechazar la propuesta. Es por ésto que algunos autores aconsejan denominarlo Consentimiento suficientemente informado o Consentimiento muy bien informado. Se asocia así, un derecho del paciente, a ser informado, con un deber del médico, el de informar.

El CI es un proceso bidireccional interactivo que debiera ser un instrumento de intercambio participativo y solidario, en donde el médico otorgando información reciba cooperación y el paciente entregando confianza y veracidad reciba "atención atenta" a su autonomía y dignidad. En la ecuación médico paciente, una parte está sana y tiene conocimientos, el médico, y la otra está enferma y no tiene conocimientos, el paciente. Esto advierte sobre la necesidad de esforzarse para conseguir un auténtico consentimiento informado.

Un reciente e importante trabajo realizado por Fischer "The effect of litigation on surgical practice in the USA" British Journal of Surgery 2000, 87: 833 - 34, en EU demostró que la mayor cantidad de juicios no eran producidos por situaciones médicas graves, sino por falla en la comunicación que generaban un insuficiente CI. Por esto en las residencias se han incluidos nuevas temáticas en los

programas: atención cuidadosa de los enfermos y mejor comunicación con los mismos.

## Tipos

El CI puede ser:

- *Expreso.* Cuando se realiza por escrito y es firmado.
- *Implicito.* Es el que se supone otorgado aunque no haya sido expresado siquiera verbalmente. Es el caso del paciente que al aceptar ir a quirófano, se presume que dio el consentimiento.
- *Presunto.* Aunque no exista se supone que sería concedido; cambio de conducta intraoperatoria, accidentes, coma.
- *Sustituto o por poder.* Firmado por el representante legal.

## Requisitos del paciente

- *Competencia o discernimiento.* Capacidad de comprender y apreciar las propias acciones y la información que se le brinda.
- *Intención.* Es la respuesta voluntaria, tras la información cuando el paciente tiene competencia y actúa con libertad.
- *Libertad.* Espontaneidad para la determinación del paciente.

## Cuánto se debe informar

Quien debe informar es el médico tratante. El sentido común nos dice que a veces el paciente no tiene que saberlo todo, ni que el médico tiene que decirlo todo. Por ejemplo, el exceso de información sobre riesgos y complicaciones puede ser contraproducente.

El médico debe determinar qué información es la adecuada para el paciente con el que está interactuando; hay que evitar la información innecesaria y la indeseable.

Para Frutos Ortiz<sup>92</sup> en la información debe haber un prudente y sabio equilibrio entre las complicaciones eventuales y las alternativas terapéuticas.

Aunque algunos autores aconsejan dar toda la información, en oncología hay que tener cuidado con la traumática información diagnóstica; la palabra del médico puede ser terapéutica o iatrogénica, medicina o veneno.

También son atendibles las siguientes reflexiones:

- "Informar lo suficiente y necesario". Boretti.
  - "Decirlo a medida, sin destruir la esperanza". Gil Deza<sup>96</sup>.
  - "Nuestra obligación ética es informar al paciente lo que desea conocer de sí y de su posible suerte. Y esta comunicación ha de ser personalizada, prudente y afectuosa." Landa<sup>100</sup>.
  - "Información personalizada y culturalizada". Maglio<sup>105</sup>.
  - "La información podrá no ser absolutamente completa, pero sí *sustancialmente* completa" Diego Gracia<sup>92</sup>.
  - "No decir toda la verdad...pero sin mentir." Agrest<sup>6</sup>.
- En nuestra opinión no debe haber un esquema estándar y aplicarlo siempre. Hay que ser pragmático y actuar de acuerdo al perfil axiológico y psicológico del paciente y a su propio problema.

#### Excepciones a la exigencia del CI

No se exigirá CI cuando la no intervención suponga un riesgo para la Salud Pública, el paciente no esté capacitado para tomar decisiones o la urgencia no admita demoras (estado de necesidad) y en la asistencia al suicida.

#### Rechazo a la propuesta

Si el paciente rechaza la propuesta y sugiere otra alternativa con la que el médico no está de acuerdo, éste puede negarse a continuar con la asistencia, previa derivación del enfermo. Todo esto debe quedar minuciosamente escrito en la Historia Clínica, la que debe incluir un formulario de denegación o de rechazo<sup>100</sup>. El paciente puede revocar el consentimiento.

#### Metodología de su aplicación

Aunque exista un formulario predeterminado con algunos datos, el médico debe escribir en los espacios en blanco delante del paciente y mientras le suministra la información en un ambiente de privacidad. El formulario se incorpora a la Historia Clínica y debe ser confeccionado en todo acto médico. Debe ser breve, con lenguaje básico y claro y sin abreviaturas o salvadas. Pocas palabras técnicas. Al no ser un acto formal hay libertad en la utilización de las formas y como no hay normas absolutas para su confección, cada insti-

tución o cirujano puede realizar el suyo a condición de respetar los contenidos mínimos como el que a continuación presentamos de Rodríguez Martín y Cols.<sup>100</sup>:

1. Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
2. Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo.
4. Explicación de los beneficios que razonablemente se pueden esperar de la cirugía y consecuencias de la denegación.
5. Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
6. Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.
7. Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.
8. Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.
9. Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
10. Conformidad del paciente por la información recibida y evacuación de sus dudas.
11. Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si los hubiera.

#### Derechos de los pacientes

De la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa (Portugal) 1981.

A pesar que los Derechos de los Pacientes son universales, su implementación y el contenido específico de su declaración suelen variar de un país a otro.

Toda persona tiene derecho a:

1. Atención médica de calidad, libertad de elección, y a solicitar una segunda opinión.
2. A tomar decisiones libremente.
3. A la información necesaria para luego otorgar o negar su consentimiento.
4. Negarse a participar de las investigaciones o la enseñanza de la medicina.
5. El paciente inconsciente
  - El representante legal debe manifestar su consentimiento.
  - En casos de urgencia, se presumirá el consentimiento del paciente.

6. El paciente legalmente incapaz.
  - Es necesario el consentimiento del representante legal.
  - Si este rechaza la propuesta, el médico tiene la opción de hacer una presentación ante la Justicia.
7. Métodos contrarios a su voluntad sólo podrán ser empleados en forma excepcional si están expresamente autorizados por la ley y se ajustan a los principios de ética médica.
8. Al secreto profesional.
  - Toda información deberá permanecer confidencial, incluso después de la muerte.
  - La información confidencial solo podrá ser divulgada con la condición expresa de que el paciente otorgue su consentimiento o que la ley lo autorice expresamente.
  - Los datos identificatorios del paciente deben ser protegidos.
9. A la información sobre la educación para la salud. Los médicos tienen la obligación de participar en programas educativos.
10. A la dignidad.
  - En todo momento se respetará la dignidad y el derecho a la vida del paciente.
  - El paciente en estado terminal tiene el derecho de ser tratado con humanidad y recibir toda la ayuda posible para que su muerte sea tan digna y confortable como sea posible.
11. A la asistencia religiosa. El paciente tiene el derecho de recibir o rechazar una ayuda espiritual y moral incluida la de un ministro representante de la religión por él elegida.
 

Si nos ponemos a meditar profundamente los derechos aceptados deontológicamente, comprenderemos la cantidad de errores que cometemos diariamente, de manera involuntaria o no, cuando realizamos un acto médico. Todo médico debe tomar conciencia plena de que los derechos de los pacientes no son palabras decorativas, ya que le imponen un deber jurídicamente exigible.

#### *Obligaciones de los pacientes*

Son obligaciones o deberes de los pacientes lo siguientes<sup>201-208</sup>:

1. El paciente tiene la obligación de suministrar información precisa y completa sobre la enfermedad motivo de su asistencia. No ocultar, simular o exagerar.

2. Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición.
3. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado.
4. Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico.
5. El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable.
6. El paciente es responsable de su conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.
7. El paciente debe comunicar al médico tratante su consulta con otro profesional.
8. En la forma de atención tradicional, el paciente se obliga a pagar un honorario (relación contractual).

#### CAPÍTULO V

##### *La formación profesional en Cirugía*

##### Responsables

Además de los Maestros y de las instituciones asistenciales y sus residencias, el quirófano, el laboratorio de cirugía experimental, etc., son responsables de la formación del cirujano<sup>120</sup>:

EL ESTADO, que es el encargado de formular las políticas educativas y dictar las leyes que normatizan las profesiones.

LA SOCIEDAD, creando el ambiente propicio para el desarrollo de la profesión médica y el ejercicio de la misma.

LA UNIVERSIDAD, que debe formar personas que sean capaces de pensar en libertad, formularse preguntas, elaborar propuestas y ejecutar programas que generen una verdadera acción transformadora.

La Universidad que idealizamos es aquella en que educar sea formar, el aprendizaje sea un proceso activo, la teoría integrada con la práctica, que la metodología científica presida e impregne el proceso de aprendizaje, que haya investigación permanente a los fines de desarrollar el espíritu crítico en profesores y alumnos, que mejoren las condiciones de vida y promueva el desarrollo del hombre y la sociedad.

No pueden aceptarse excusas para disminuir el nivel de calidad de los egresados. Una Universidad que no puede cumplir con su responsabilidad

formadora con eficiencia está burlando el rol que la sociedad le ha confiado.

Es importante que la sociedad tenga el respaldo del estado nacional que permita asegurar que sus organismos de educación superior cumplan con su responsabilidad inexcusable de formación profesional con niveles de excelencia y contenidos éticos muchas veces subvalorados.

En ese sentido Agrest<sup>7</sup> dice que los Profesores Universitarios deberán tener conciencia de su responsabilidad, pues *evaluar permisivamente es mala praxis docente y graduar incapaces es emitir moneda falsa*.

LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS juegan un papel preponderante en la formación profesional.<sup>23</sup> Pondremos como ejemplo nuestra Asociación Argentina de Cirugía. Tiene por Estatuto el fin de "promover la excelencia del ejercicio profesional". Posteriormente se fueron agregando objetivos sin modificar la propuesta original, y nuevas actividades como la Educación Médica Continua, el Curso Anual, las Jornadas de Otoño, Certificación y Recertificación. Y aparte su prestigiado Congreso anual. Todo cirujano argentino debiera ser MAAC. El privilegio de pertenecer a la Asociación favorece la autoestima. Además, y creo que esto es central, ser MAAC es estar adherido a una mística, en la que los valores ético morales ocupan un lugar de privilegio que enorgullece a sus integrantes que se sienten respaldados y con la solidaridad de la Institución.

LA ACTITUD PERSONAL. La actualización y la capacitación son expresión de una responsabilidad personal y del cumplimiento del deber de estar capacitado.

El cirujano hará postgrados, certificación y recertificación, educación médica continua, etc, sólo si tiene esa necesidad interior. Todos los seres humanos al nacer tenemos un caudal genético de características al que se le suman factores familiares, sociales y ambientales; dentro de las condiciones personales hay que tener en cuenta una que es fundamental: la tarea personal o esfuerzo personal que hace que algunos con mucho consigan poco, y otros con poco, consigan una excelente formación<sup>120</sup>.

#### Características del cirujano

El cirujano debe tener una serie de características básicas como saber clínica y técnica quirúrgica, tener una formación sistematizada como una residencia, que le permita adquirir destrezas y ha-

bilidades, y estar certificado y recertificado si correspondiera, lo que es una verdadera garantía de protección a la sociedad. Además debe tener otras condiciones adicionales como honestidad, prudencia, discreción, autocrítica que mantiene los buenos hábitos, equilibrio emocional, respeto y comprensión, laboriosidad, responsabilidad, seguridad, pulcritud especialmente en el sentido de esmerado en la conducta y en el habla, fortaleza, entereza, templanza. Debe investigar y publicar, y ser un profundo conocedor de la normatización legal de la profesión. Mainetti dice que la cirugía es la única "violencia justificada". Pensamos que el cirujano que ejecuta esa violencia quirúrgica debe estar altamente dotado de las cualidades enunciadas. Tenemos la certeza que la competencia profesional está asegurada mediante la residencia, certificación y recertificación. Sin embargo hay aspectos no asegurados, como la seriedad profesional y la calidad humana, que dependen fundamentalmente de la responsabilidad, conciencia y valores morales<sup>42</sup>.

Este profesional que hemos delineado tendrá como objetivo final ofrecer una buena medicina, unida a un manejo ético que responda al perfil axiológico valorativo de cada paciente. Y esto será así si conseguimos que los cirujanos resulten de una integral y armoniosa conjunción de formación profesional de excelencia, perfección técnica y condiciones ético morales a las que se pueda exhibir con orgullo<sup>120</sup>.

#### En torno a una cierta contradicción

Teniendo en cuenta que somos decididos partidarios de la buena capacitación técnica, ya que cuando va acompañada de un accionar ético constituye un excelente mecanismo de prevención de la mala praxis, habría un cierto grado de contradicción con el Art. 902 del Cod. Civil, en cuanto dispone: "Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulta de las consecuencias posibles de los hechos". Es por esto que la diligencia exigida a un cirujano especialista sería mayor que la que corresponde a quien no lo es, pues aquel reúne ciertas calidades que pueden erigirse en motivos determinantes de la voluntad del paciente para elegirlo. A su vez el juez debe atenerse a la naturaleza del hecho y también a las circunstancias de personas, tiempo y lugar, considerando las condiciones personales del médico: especialización, prestigio en el medio, grado de

inteligencia, etc.. Por lo tanto, aunque la responsabilidad del médico es mayor cuanto mayores son sus antecedentes, es indiscutible que la ponderación de las condiciones personales del cirujano, pesaran como una presunción positiva en el ánimo del juez. En conclusión, creemos que con buena capacitación resulta una menor posibilidad potencial de MP, y con buenos antecedentes, una mayor presunción de inocencia en el ánimo del juez.

### Relación Médico Paciente

El paciente, único e irrepitible, como el ciclo biológico que cumple mediante su travesía vital, es una persona y debe ser tratado como tal, es decir, un ser entero.

Con ese objetivo la Relación Médico Paciente (RMP) alcanza su esencia en el llamado *encuentro terapéutico*<sup>39</sup> que al decir de Caponetto "es una unión estructurada en el amor, moderada por la prudencia, regida por el arte, destinada a prestar ayuda eficaz a la necesidad del enfermo y capaz de concluir en la armoniosa y lúcida co-asunción de un destino".

Sin embargo esta relación va a sufrir un deterioro progresivo debido a distintas causas:

- Escasa información al paciente.
- El progreso tecnológico ha hecho que algunos médicos seducidos por la aparatología, transformen al paciente en un número o un carnet. Los recursos instrumentales deben ser técnicos y no mágicos, que todo lo pueden. Humanizar la medicina es adecuarla al hombre como persona. La tecnología es buena, no así la tecnoadicción.
- La deshumanizante fragmentación a que es sometido el paciente con reiterados estudios por parte de médicos que él no eligió.
- Prevalencia de la relación del paciente con el "tercer" pagador que es quien elige al médico.
- Modificación del sistema de atención médica, número de enfermos a examinar en poco tiempo, formación profesional inadecuada, subestimación del interrogatorio y examen físico, etc., son otras tantas causas del deterioro.

### Líneas generales para una buena RMP

La regla de oro de la medicina es "procurar siempre el bien del enfermo.". En el encuentro terapéu-

tico se enfrentará una conciencia, la del médico, con una confianza, la del enfermo. Este pide ayuda y esperanza y aquel se la debe brindar. La RMP se perfecciona y enriquece a ambos integrantes de la ecuación, cuando el médico reconoce todos los derechos del paciente. La medicina es una ciencia, pero atender pacientes es un arte. Es aquí donde aparece el cirujano en su romántica definición de ser "aquel que trabaja con las manos, el corazón y la mente." El médico de hoy, además de conocer la naturaleza de la enfermedad, debe estudiar y conocer, atender y entender al hombre entero que la sufre. Este hombre responde como una unidad ante un estímulo o situación que lo desestabiliza, por lo tanto volvamos a atender enfermos y no enfermedades. Por supuesto que hay que mantener la distancia emocional que nos permita actuar libremente. El paciente en situación de enfermedad, mediante su capacidad de reacción, moviliza todo su ser, cuerpo y alma, para recuperar el equilibrio, reparar el daño y mantener su totalidad como unidad, como persona. Pero muchas veces su sólo esfuerzo, por importante que sea no es suficiente, y es allí donde solicita la esperanzada ayuda de su médico. Aparece en escena el profesional en toda su magnitud. El paciente se aferra a él como un salvador<sup>120-185-196</sup>.

El médico no debe perder esta oportunidad de plasmar en los hechos las motivaciones de su vocación teniendo en cuenta que la acción sugestiva del terapeuta potencia en sumo grado la acción específica de sus medicamentos. De allí la sentencia de Balint: "El primer medicamento es el médico"; y la de Von Leyden: "El médico empieza a tratar al enfermo en el momento de darle la mano." Recordar que la palabra del médico puede ser terapéutica o iatrogénica, es decir actúa como medicina o veneno. Pensar en el paciente en cuanto a necesidad de apoyo, tiempo y afecto, en suma de calor humano, en este nuevo milenio seguirá expresando el angustioso pedido de ayuda que recuerda al grito de un niño, que en su desamparo pide por su madre. Claro que nadie puede, al decir de Landa<sup>110</sup>, "suscitar esperanza, ni fe ni deseo de existir valiosamente, como pretende la medicina personalística, si no se es persona de esos sentimientos y aspiraciones. No se puede encender los espíritus sin ser antorcha." En el quirófano la RMP tiende a ser unidireccional ya que el enfermo anestesiado está a merced de las decisiones del cirujano. Pero en los demás momentos, la

relación debe ser siempre bidireccional de interacción cooperativa y coparticipativa templada por un vínculo cordial. Hay que aceptar que hay un cambio de paradigma en la relación con algunos pacientes, en el sentido que antes aceptaban casi todas las propuestas del médico y actualmente no sólo quieren saber más sino que solicitan más estudios, interconsultas, etc. Ya no es una relación de "distintos niveles", sino es una relación "entre pares"<sup>109-135</sup>.

Cuando el paciente no tiene suficiente confianza en el médico, ante un mínimo problema se asiste al derrumbe de la RMP. Esto genera en el médico la impresión de estar a veces, ante enfermos no sólo muy exigentes sino potencialmente demandantes. Esto es malo no sólo para los profesionales sino también para los enfermos y aún para la propia medicina. Creemos que en estos casos hay que apelar a todos los recursos de la prevención, la persuasión y del carácter humanista del médico para rescatar la buena RMP, esa relación interpersonal que genera una atmósfera tan positiva en el acto médico y que jamás será reemplazada con la firma del mejor consentimiento informado. Dice Sayago que el CI "escrito, con su carácter frío, sintético y a veces incomprensible para el paciente, no puede reemplazar al diálogo explicativo y humano que se da entre individuos relacionados por algo noble y superior"<sup>136</sup>.

Recordemos que el impacto social de la conducta reclamante de los pacientes, ha generado un temor que no beneficia a nadie. Tratemos de detener este nefasto y deteriorante proceso.

#### Del respeto por la autonomía.

La autonomía es la aceptación de la voluntad autónoma absoluta del paciente aun cuando atente contra la beneficencia. La tendencia actual es renunciar al tradicional modelo sacerdotal, paternalista e hipocrático, de la relación con el paciente para dar paso al respeto irrestricto de su autonomía. La relación vertical y asimétrica se convierte en un trato horizontal y cada vez con mayor simetría. Pensamos que este respeto no tiene por qué ir acompañado del abandono de muchos aspectos del estilo tradicional. Es decir, no creemos que se deba plantear estilo tradicional versus autonomía. Debe eliminarse lo que se oponga al respeto de la autonomía, pero de ahí en

más, debe haber una complementación. "Las peticiones informales de cuidado paternalista son moneda común en la sanidad" (Engelhardt). Hay pacientes que se sienten a gusto con una relación vertical y paternalista y otros requieren un análisis exhaustivo de las distintas alternativas terapéuticas. Hay que dar respuestas a todos jugando el rol de consultor experto<sup>83-86-144-170</sup>.

"A veces el médico desplaza su responsabilidad hacia el enfermo para que éste tome las decisiones...el médico debe fijar los límites de esa participación del paciente y asumir el rol de consejero y conductor del tratamiento"<sup>163</sup>.

García Marcos<sup>83</sup> dice "no acepto como antitético de autonomía el uso difundido por la literatura bioeticista de influencia norteamericana, del término paternalismo." No hay que confundir autoritarismo con paternalismo. Al respecto, Pellegrino<sup>169</sup>, Director del Centro de Estudios Avanzados de Ética de la Universidad de Georgetown (EEUU), sostiene que la autonomía convertida en un derecho absoluto conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía, pues la autonomía, cuando se la considera un derecho legal e incluso moral, puede restringir mucho la gama de decisiones discrecionales, aquellas opciones imprevistas que un médico puede verse obligado a elegir ante una determinada situación clínica. No se trata de que el paciente asienta o disienta como entidad aislada, sino que el médico y el paciente, juntos consientan y respeten la integridad del otro, pues de lo contrario el médico se vería limitado en aquello de curar, restaurar, mejorar, ayudar, cuidar, procurar el bien del paciente, no matar. "El respeto a la dignidad de la persona humana de ninguna manera se relaciona con una suerte de ensalzamiento ilimitado de la autonomía personal"<sup>135-169</sup>.

La autonomía en su justo lugar implica que las decisiones médicas se han de tomar, no exclusivamente por el médico en reemplazo del paciente o por el enfermo independiente del médico, sino por el médico "por el paciente y con el paciente". Es la mejor expresión de una buena relación médico paciente. Hay que tener precaución en adoptar modelos culturales de países generalmente muy desarrollados como los Estados Unidos, ya que vivir y actuar en un ambiente anglosajón no es igual a hacerlo en uno latino, porque simplemente son distintos. La tradición médica de Europa y América Latina es más humanista y la ética médica de ambas regiones no está tan fuertemente vinculada

a las teorías deontológicas y utilitaristas. En cambio en los EEUU su orientación es de índole pragmática y por razones culturales hacen gran hincapié en la autonomía del paciente. También existe allí, una prioritaria preocupación médica por la protección ante eventuales juicios, pasando a segundo término las características éticas de la relación con el enfermo. El médico hoy quizás más que nunca debe tener en cuenta el contexto que rodea al paciente: momento vital, entorno familiar, situación económica y cultural etc. Esto es lo que Lain Entralgo llama integración científico personal, que pone el acento en circunstancias personales (enfermedad en armonía con la biografía personal de cada cual). Es decir, el profesional debe indagar con suma discreción no sólo los aspectos patológicos sino también aquellos que se refieren a su escala de valores y otras circunstancias<sup>63-63-65</sup>.

A pesar de todas las dificultades expuestas, los cirujanos debemos esforzarnos por tener una buena RMP no sólo por la profilaxis de una potencial demanda, sino por ser una armoniosa manera de cumplir con nuestro deber profesional.

En resumen, si el médico es como el paradigma que hemos delineado y el paciente exhibe nuevamente la tradicional confianza en el profesional tal como lo imaginamos, la RMP no sólo debiera satisfacer las expectativas de los protagonistas sino también los de la sociedad en la que están insertos.

### *Ética*

La ética profesional comprende aquellas costumbres que son admitidas por los que ejercen tal profesión y es norma y obligación ajustarse a ellas en el desempeño de la misma. Es la tendencia natural que tienen los seres humanos de escoger algunas entre muchas opciones de hacer algo, teniendo en cuenta el bien que de ese hacer obtendrán ellos y los demás. La ética surge como una doctrina de las costumbres o teoría de los actos humanos ordenados en virtud de ciertos principios o postulados; es decir, son las normas que rigen la convivencia social. Es la ciencia de los deberes de los seres humanos. El juramento Hipocrático es de profunda raigambre ética. De acuerdo a la normativa social, ética es conducta con diligencia, con pericia, con prudencia. Es decir, hacer las cosas bien. Por lo tanto, el fin de la reflexión ética es orientar pautas de conducta.

Procediendo de esta manera habrá una buena Relación Médico Paciente, si ésta nace de un íntimo convencimiento de hacer de la salud y de la vida del paciente, la primordial preocupación del médico. Enfermo sujeto y no objeto de la medicina. En esto influye la capacitación intelectual del profesional que es importante para ayudar a que cada uno sea capaz de discriminar individualmente qué cosa es correcta y qué no lo es. Se dice que el médico debe pasar de la ética de la convicción a la ética de la responsabilidad. Es decir, que además de los principios, también cuentan las consecuencias de los actos. Según Jaspers, la acción médica se sustenta sobre dos columnas, por un lado el conocimiento científico y la capacidad técnica y por el otro en la ética de la humanidad. Los conocimientos y destrezas médicas sin ética son insuficientes para el bien de los enfermos, pero la ética sin destrezas y conocimientos médicos no es eficaz en la atención de la salud. Ambos elementos son necesarios e imprescindibles. El ser humano jamás inventará una máquina con conciencia, por lo que el cirujano será el propio juez de sus actos y en esa dimensión deberá forzosamente considerar los mismos a la luz de las normas del juramento Hipocrático, que seguirá teniendo toda su vigencia<sup>62-62</sup>.

En cuanto a la Bioética, ética de lo que tiene vida, conjuga biología con moral, ciencia con conciencia, deber con ser, hechos con valores. Esto es lo que Potter<sup>72</sup> entendía como "puente hacia el futuro". Esta bioética revoluciona la ética médica tradicional, entre otras cosas porque reconoce al paciente como ser moral a quien debe respetarse su autonomía dejando relegado al beneficentismo paternalista de la tradición hipocrática. Nace la bioética a partir de los años 60 para satisfacer los interrogantes que aparecen en forma creciente y que al decir de Mainetti tiende a dar respuesta a la era de la crisis científico tecnológica.

Beauchamps y Childress<sup>24</sup> en 1983 expusieron los cuatro principios básicos de la misma:

- *Autonomía*. Es la aceptación de la voluntad autónoma absoluta del paciente.
- *Beneficencia*. Actuar procurando el bien.
- *No maleficencia*. No hacer daño intencionalmente.
- *Justicia y Equidad*. Tiende a dar una medicina igualitaria para todos.

Para Gracia<sup>21</sup> la no-maleficencia junto a la justicia constituyen principios de carácter irrenunciables y se traducen en obligaciones perfectas,

mientras que la autonomía y la beneficencia generan obligaciones imperfectas, cuyo cumplimiento está reservado a la libre decisión y voluntad de las personas. La no maleficencia es el principio fundamental de la ética médica y sus reglas básicas son la veracidad, la confidencialidad y el consentimiento informado. Los médicos tienen normas éticas a las que se ajustan permanentemente y éstas le permitirán actuar correctamente de acuerdo a las innumerables circunstancias profesionales y que quizás por ser tantas, la ley no puede prever. La medicina ha adquirido un gran prestigio social, basado en una tradición ética de entrega a las necesidades de los pacientes y también por las conquistas científicas. Pero cuidado con el mito popular alimentado por los medios de comunicación de la medicina como ciencia exacta, sin fracasos. Recordemos: la medicina no es una ciencia exacta ni determinista sino probabilista o conjetural. Lo contrario sería aceptar que un fracaso terapéutico es igual a mala praxis.<sup>81</sup>

Los principios o normas de conducta profesional, han sido cristalizados por las Instituciones médicas en códigos como los de la Confederación Médica de la República Argentina, la AAC, la AMA. Dice J.C. Do Pico que toda esta normativa de los Códigos, muchas veces no suficientemente conocida, ni aplicada por su calidad, importancia y trascendencia como orientación de la conducta médica, permite que el ejercicio de la profesión encauzado en las normas de la ética, signifique para quien la desempeña, ajustándose a ellas, un verdadero motivo de satisfacción y aun de orgullo por su profundo significado social, mereciendo el respeto y la admiración de quienes confían en él. Los Códigos de ética no han perdido vigencia, pero desgraciadamente no se cumplen correctamente y hasta se ignoran, perjudicando a todos, inclusive a la sociedad que debe velar por el equilibrio armónico de los derechos de sus integrantes. Es por eso que el Estado, velando por el bienestar social, ha debido reglamentar el ejercicio profesional de la medicina, consagrando con fuerza de ley obligaciones y derechos. Es decir que las obligaciones que tradicionalmente tuvieron los médicos originadas en principios y códigos de ética, se normatizaron como obligaciones legales. El derecho adoptó normas que previamente fueron éticas. Pero aun así, hoy el médico, además de las normas legales, debe actuar de acuerdo a su propia normatización ética. El ideal es que se concilien

ambas jurisdicciones<sup>83-163</sup>. Actualmente el médico ha dejado de estar sometido sólo al control ético de sus actos y está sometido al derecho. Las normas éticas obligan en conciencia, y su violación origina una responsabilidad disciplinaria; las normas legales obligan en derecho y son compulsivas, existiendo medios para hacerlas cumplir. La ética que reconoce al paciente como ser moral a quien debe respetársele su autonomía, no acepta el ejercicio del poder, sino la capacidad de la persuasión racional, es decir que apela a la razón, diferente a la seducción que apela a los sentimientos. Existe un imperativo ético que dice: sé una buena persona y trata a los demás como personas.

La ética sin esencia (Macagno) es la disociación ideológica pragmática del mensaje. Se proclama la ética y no se actúa en consonancia. Al respecto dice Agrest<sup>8</sup> que no debe haber una distancia insoslayable entre ética y conducta. "La real salvación del siglo XXI será la reafirmación de que la ética cuenta." Juan Pablo II. Hay una antigua definición de médico que dice "vir bonus, medendi peritus" (hombre bueno, virtuoso, experto en curar). Pero "médico" deriva del griego y significa "el que cuida", vale decir tiene la misión de servir "brindando cuidado". El médico debe acompañar al paciente, que significa estar cuando a uno lo necesitan. La consigna actual debe ser cuidar más allá de curar. Por lo tanto el accionar médico será ético en plenitud, cuando a las dimensiones humanas de su personalidad con sólida formación de su ideario profesional se le agregue un espíritu de abnegación y entrega.

### Secreto médico

El secreto médico es una de las obligaciones con más tradición en la actividad profesional a tal punto que figura en las normas hipocráticas. El secreto es un derecho de los pacientes y un deber del profesional.

### Definición

- Es la obligación que tiene el médico de guardar reserva de todo lo que se haya manifestado en su consulta<sup>106</sup>.
- Es la obligación que dentro de ciertas condiciones tiene el médico de guardar reserva de los hechos por él conocidos en razón del ejercicio de su misión<sup>111</sup>.

## Historia

Figura en el Juramento Hipocrático (400 a.c.). Se mantiene en el Imperio Romano, en la Edad Media, y en las partidas de Alfonso el Sabio. En tiempos contemporáneos la Asociación Médica Mundial lo establece en el juramento de Ginebra, de 1.948. Durante generaciones, el secreto médico cumple la función de consolidar la confianza del enfermo en el médico, sellando la especial relación terapéutica y manteniendo en la figura del médico un componente sacerdotal<sup>28</sup>.

Clasificación. El secreto médico puede ser:

- **NATURAL:** cuando por la naturaleza del hecho, se impone, por tener sentido de mantenerlo.
- **PROMETIDO:** cuando alguien se obliga libremente a mantenerlo.
- **PACTADO:** cuando en virtud de un contrato, una de las partes se obliga a no revelarlo. Verdadera garantía social.
- **ABSOLUTO:** Verdadera reserva sacramental (Bouardel). Sin excepción corresponde callar lo que se sabe. Negación inquebrantable de revelación.
- **RELATIVO:** en caso de existir intereses sociales, estos primarán sobre los personales. Revelación por "justa causa". Es por esto que en nuestra legislación el secreto profesional no es absoluto, sino relativo.
- **ABSOLUCIONISTA:** negación del secreto profesional como entidad ética y jurídica, en razón de los superiores intereses sociales.
- **COMPARTIDO:** Con otras personas, generalmente profesionales.
- **DERIVADO O TÉCNICO:** cuando auxiliares administrativos, toman conocimiento debido a sus tareas.

El secreto médico se fundamenta en el respeto al derecho inalienable del paciente a que no sea caprichosamente violada su intimidad y en la obligación del médico, confidente necesario, de proceder con delicadeza en la toma de datos, como de guardar reserva acerca de lo conocido.<sup>111</sup> Debe silenciarse no sólo las confidencias, sino también el resultado de las observaciones. El secreto no sólo es una obligación ética, sino también legal. El Cod. Penal en su artículo 156 reprime con prisión, multa o inhabilitación "al que teniendo noticias, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión, o arte de un secreto cuya divulgación pue-

da causar daños, lo revelase sin justa causa". Para el Cod. Penal revelar un secreto se considera un delito, "violación del secreto profesional". Deja de ser tipificado cuando hay una causa justa (causas que justifiquen jurídicamente su revelación). Además del Cod. Penal, en nuestro país consagra el deber de guardar el secreto profesional, la Ley 17132, de ejercicio de la medicina y las reglas éticas de la COMRA, AMA, AAC y de otras instituciones. La doctrina argentina autoriza a revelar el secreto cuando existe un objetivo justificado en la medida que el interés perseguido sea superior al de mantener la reserva y siempre que con ello se proteja un interés superior (Achaval). Hace falta una ley que establezca normas generales e invocando un interés superior, releve de la obligación de mantener el secreto.

Teniendo en cuenta que todos los derechos pueden limitarse por razones de interés general, el **secreto médico puede ser revelado:**

Cuando la denuncia es obligatoria por ley. Enfermedades infecto-contagiosas. Cuando se trata de evitar un mal mayor. Comunicaciones científicas: guardando el anonimato. Médico perito: cuando informa al juez no viola el secreto. Cuando se trata de evitar un error judicial. Cuando el médico es demandado en juicio relacionado con su propia actividad. Cuando el médico es requerido judicialmente para prestar declaración testimonial. Ante el reclamo judicial de honorarios. Cuando hay consentimiento del paciente. Cuando el hecho tomó estado público, no hay delito en la revelación pues no habrá daño.

El médico puede tener una colisión de deberes, entre la obligación de denunciar delitos, de cuya existencia toma conocimiento en razón de su profesión y el deber de guardar el secreto profesional. El dilema es: si no denuncia lo que debe, es encubrimiento (Cod. Penal Art. 277) y si denuncia lo que no debe, es violación del secreto (Cod. Penal Art. 156). La normativa legal no debiera dar lugar a ambigüedades. Resulta inadmisibles para evitar la comisión de un delito se deba incurrir en otro. Lamentablemente nuestra ley es poco clara. De ahí las dispares opiniones tanto en la doctrina como en la jurisprudencia<sup>58-134</sup>.

El secreto es un deber primigenio para el médico y una garantía para el enfermo. Según López Bolado<sup>123</sup> el médico debe denunciar todo delito del que tome conocimiento en el ejercicio de su profesión salvo que esta denuncia viole el secreto

profesional debido al paciente, y no medie una justa causa que permita la revelación de ese deber; justa causa (causa exclusivamente legal) cuyo concepto queda circunscripto a que una ley expresamente la mencione o cuando se trata de evitar justificadamente un mal mayor. Según Blanco<sup>29</sup> de acuerdo al artículo 156 Cod. Penal, la regla es el mantenimiento del secreto profesional. Es por ello que el art. 177 Cod Penal establece la obligación de denunciar delitos, bajo pena de incurrir en delito de encubrimiento sólo cuando haya "obligación de denunciarlos". La ley 17.132-art. 11- "todo aquello que llegue a conocimiento de los médicos con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer, salvo los casos en que otras leyes así lo determinen, o cuando se trate de evitar un mal mayor (es la causa de justificación suficiente) es decir, el secreto podrá ser quebrantado cuando existan superiores imperativos legales o éticos que así lo exijan. Muchas veces compete al propio medico mediante madura reflexión, concluir que revelar el secreto es el único medio para evitar un gran daño a personas"<sup>31</sup>. Lo contrario sería encubrimiento. La cuestión es si por evitar un daño al paciente, desprotegemos a la sociedad. Nunca se ha condenado a un médico por colaborar con la justicia pero sí se lo ha procesado por encubrimiento.<sup>32</sup> Con referencia a los delitos que debe denunciar son los de acción pública y los de acción privada solo en circunstancias especiales que hacen a la protección del sujeto en atención. Lo que el médico no puede denunciar es un acto ilícito que conoció por las revelaciones amparadas en el secreto profesional. La revelación sin justa causa es delito. (Art. 156 Cod. Penal.) El art. 164 del código de Procedimientos obliga al médico funcionario a formular la denuncia sin excepción alguna. A pesar de esto, siempre debe tener preeminencia el deber de guardar el secreto, de no ser así la situación de un mismo enfermo sería distinta si consulta en un hospital, o en un consultorio privado. A su vez sería absurdo admitir que un mismo profesional estuviese obligado por el secreto profesional según ejerza su actividad en un consultorio privado o en una entidad pública. La ética profesional exige que la relación cirujano-paciente mantenga la más absoluta confidencialidad con la información obtenida que puede ser revelada sólo a familiares cercanos y representante legal (del Manual de Ética AAC).

Con referencia a la dificultad de mantener el secreto médico con los actuales sistemas de atención médica transcribimos el art.109 del Código de Ética de la AMA: Los cambios en la organización de la medicina asistencial y las exigencias gremiales -sindicales, no pueden configurar excusas para revelar diagnósticos y certificaciones que violan generalmente el secreto profesional. Esta confusa situación según Medrano<sup>33</sup> ha contribuido a eliminar los restos sacerdotales de la práctica médica.

A pesar de esta realidad Gisbert Calabuig piensa que el secreto médico es una obligación prioritaria que solo debe ceder ante otra que en casos absolutamente excepcionales están claramente establecidos por la ley.

#### Secreto médico y medicina predictiva

Los progresos de la medicina han sido tales, que es posible predecir aspectos fundamentales del comportamiento futuro de las personas. La medicina predictiva permite conocer con décadas de antelación si una persona va a padecer ciertas enfermedades. Esto plantea sobre nuevas bases el tema del secreto profesional y hace que la información biomédica reciba el calificativo de "información sensible" y exige reconsiderar si no es necesario "blindarla" de alguna manera, exigiendo el secreto con mayor severidad y restringiendo al máximo el ámbito de las excepciones que permiten su ruptura.

#### ANALISIS DE LA ENCUESTA

El aumento de las demandas nos exige, además de mejorar la actuación médica, que todos los cirujanos tengamos conocimientos acerca de conceptos básicos del Derecho y del ordenamiento normativo para guiar la práctica profesional.

Hemos realizado esta encuesta para tener un diagnóstico aproximado del conocimiento que de este tema tienen los cirujanos argentinos. Se indagaron aspectos éticos y legales. Aunque la distribución geográfica de las respuestas fue satisfactoria, no lo es el número de contestaciones, por lo que consideramos que tienen una representatividad relativa como ocurre con la mayoría de las encuestas de este tipo, donde los encuestados no enviaron sus respuestas, ya sea porque no se ven motivados o por problemas en la entrega de los cuestionarios. En nuestro caso creemos que existieron las dos causas.

Del análisis de nuestra encuesta podemos resumir:

El 78% de los cirujanos que contestaron la encuesta son MAAC. El 48% son recertificados.

El 67% de los que responden solicitan consentimiento firmado y sin embargo sólo el 20% tiene formulario de rechazo.

El 37% de los cirujanos desconoce las normas básicas para confeccionar una historia clínica que brinde protección. El 87% ha leído algún código de ética. Desconoce los plazos de prescripción de las demandas el 46% y el tipo de condena el 63%. Igualmente desconoce qué es el Fondo de Protección Solidario el 85%. Tiene seguro el 75%.

Fue demandado un 27% habiendo sido absuelto en el 87% de los casos.

En síntesis: no creemos que 78% de los cirujanos argentinos sean MAAC como sugiere la encuesta, sobre todo teniendo en cuenta lo expresado por Santángelo en el Relato al 70º Congreso Argentino de Cirugía, "la mayoría de los cirujanos argentinos no están certificados por la AAC y por lo tanto no son Miembros Titulares (MAAC)". A esta situación la consideramos grave. Quizás sea el momento de efectuar una agresiva campaña para conseguir que todos los cirujanos argentinos sean miembros de la AAC. Nuestra Asociación será más fuerte cuanto más asociados tenga.

Tampoco creemos que el 27% de los cirujanos tenga una demanda; nos parece sí, que quien ha tenido una demanda es proclive a colaborar con todo aquello que pueda dar mayor seguridad en el futuro, incluso una encuesta.

Las respuestas relacionadas a la HC nos demuestran que hay que cambiar los malos hábitos de historias insuficientes que complican seriamente al profesional cuando es demandado. Es reconfortante, sin embargo que el 87% haya leído un Código de Ética.

Del análisis de las respuestas de los que han tenido una demanda, aparece un hecho curioso: todos conocen los aspectos éticos y legales indagados. Nuestra máxima aspiración es que el Relato nos evite tener que pasar por una demanda para conocer el ordenamiento legal.

### Conclusiones y recomendaciones

Como colofón del Relato y en base a reflexiones personales, haremos las siguientes conclusiones y recomendaciones.

#### Para la AAC

- Para que estas recomendaciones no queden sólo como expresión declamatoria, solicitamos a la AAC las incorpore como propias y gestione institucionalmente su aplicación.
- Liderar con fuerte protagonismo la mejor formación técnica, ética y legal de todos los cirujanos argentinos.
- No aparecer jamás como protector corporativo de mala praxis médica.

#### Para el Estado

- Solicitamos leyes que regulen el ejercicio de la cirugía y que tengan un armonioso equilibrio entre los derechos de la sociedad, los pacientes y los médicos.
- Al elaborar leyes relativas al ejercicio profesional, le proponemos al estado que consulte la autorizada opinión de instituciones de la seriedad de la AAC.

#### A la sociedad

- Dice Ortega y Gasset: "Cuando el ambiente nos es hostil nos deprime y dificulta que nuestra personalidad se desarrolle y fructifique plenamente". Entonces, no crear un ambiente hostil en el desarrollo de la actividad profesional y científica de los médicos, para no generar condiciones laborales agresivas que son nocivas y deteriorantes para cualquier actividad humana.
- Que la sociedad no se ensañe con los encargados de velar por su salud y que fueran considerados los más eficaces agentes de la esperanza terrenal de la humanidad: los médicos.
- Es necesario iniciar una cruzada de rescate del viejo rol reverencial del médico y que ha mutado en un objeto permanentemente cuestionado, de bajo costo, descartable, demandable y hasta condenable.
- Que no sea una de los culpables de la mutilación vital que sufre un cirujano demandado.

#### A los medios de comunicación

- Recuerden que el deterioro de la imagen del médico se acompaña inexorablemente del deterioro de la imagen de la medicina y sus consecuencias sociales.
- Objetividad responsable. Que sus asesores, médicos o no, sean expertos. Que recaben información en instituciones científicas de reconocida trayectoria antes de comprometerse con informaciones sensacionalistas.
- Cuidado con alimentar el mito popular de la medicina como ciencia exacta sin fracasos.

- No pretendemos un periodismo amordazado y complaciente, sino uno responsable, informado y sólo comprometido con la verdad.
- A los jueces**
- La medicina no es una ciencia exacta sino probabilística y conjetural. El médico actúa inmerso en un mar de incertidumbre y debe tomar decisiones en base a indicios y observaciones. Es que en las profesiones como la medicina, donde están en juego actividades científicas, sólo existen probabilidades, nunca certezas.
  - La muerte suele ser el episodio final de la historia natural de la enfermedad. El hombre también tiene límites y no es inmortal.
  - El juez, "perito de peritos", realizará con el máximo rigor, ecuanimidad y equilibrio procesal la comparación entre el acto cuestionado y el estándar ideal que él intenta definir con la ayuda del experto (perito).
  - Se exigirá a los peritos entrenamiento por especialidad y acreditación.
  - Los jueces deben actuar con prudencia y equidad pero sin demasiada liberalidad para no proteger la impunidad. Tampoco ser excesivamente severos, pues convertiría a la medicina en una profesión de imposible ejercicio y atentaría contra el progreso científico.
- A los abogados**
- Que mantengan un accionar ético y responsable como corresponde a un profesional universitario. Que no patrocinen juicios sin fundamentos.
  - El asedio permanente al médico puede llevar a corto plazo a la parálisis de toda iniciativa.
  - A los que no sepan o no quieran ver el peligro que ese asedio implica, les corresponderá la responsabilidad histórica de un futuro incierto para la salud de la comunidad.
- A los médicos**
- No es punible el error, sino la irresponsabilidad o negligencia.
  - Ante la demanda nuestra suerte dependerá de un juez tan falible como nosotros. Por lo tanto extrememos la prevención.
  - La técnica nos enseña lo que se puede hacer, y la ética lo que se debe hacer. Según la Congregación para la Doctrina de la Fe, lo que es técnicamente posible no es siempre por esa sola razón moralmente admisible.
  - Es tan importante la calidad de la atención médica que brindamos que podríamos decir que no hay mejor ley que la buena medicina.
  - La mejor medicina es aquella que combina el máximo conocimiento científico e idoneidad técnica con un innato sentimiento de ayuda.
  - Los cirujanos tenemos obligaciones de medios y no de resultados, pero éstos, cuando no son los que el paciente espera, suelen producir un grave deterioro de la hasta entonces buena RMP y hasta pueden ser generadores de una demanda. Entonces los resultados cuentan.
  - No dejemos que la tradicional confianza del paciente que se encuentra con la conciencia del médico, sea reemplazada por una exigencia del enfermo frente a una desconfianza del profesional.
  - La intervención doctrinaria y principista del fiscal Dupin hirió de muerte al quizás único privilegio de los cirujanos: su intangibilidad jurídica. Hoy ser médico no otorga privilegios, si ocasiona un daño al paciente, debe rendir cuentas acerca del mismo.
  - Cirujano bien dotado técnicamente, con solvencia profesional y moral, puede actuar en libertad.
  - Los cirujanos dedicamos gran parte de nuestro tiempo al estudio de técnicas, tácticas y nuevos instrumentos. Si nuestra profesión está controlada por el derecho ¿por qué no dedicamos un pequeño tiempo al estudio de la leyes correspondientes?. El desconocimiento del derecho nos hace vulnerables.
  - Los cirujanos sometidos a juicio, son absueltos o condenados con las pruebas que ellos mismos producen y aportan.
  - Si la prueba pericial es tan importante en un juicio, la excelencia de la calidad de atención médica es el mejor reaseguro para evitar una condena.
  - El cirujano se liberará de la responsabilidad si logra demostrar que hizo cuanto humana y técnicamente estuvo a su alcance para impedir la producción del daño. Ofrezcamos pues, la mejor atención.
  - Como nadie está exento de un juicio y hasta de una sentencia condenatoria, sacralicemos la prevención y la prudencia.
  - "Perdamos" unos minutos en el enfermo y no años y hasta la vida en tribunales.
  - No es bueno que el médico no conozca sus derechos. Pero es grave que no conozca sus obligaciones.
- Palabras finales**
- En un mundo signado por la existencia de una sociedad demandante de sus derechos apare-

ce el cirujano cual solitario Quijote hablando de sus deberes.

- La justicia no pide ni exige genios, sino cirujanos que cumplan con todas las normas, las del arte y las legales.
- La labor del cirujano no se agota al salir del quirófano, pero eso no quiere decir que se acepte mansamente que en esa labor esté incluida su presencia en los estrados judiciales. Sólo se llega a experto (perito) con un período de aprendizaje y si la sociedad no lo acepta, nunca podrá ser atendida por expertos.
- Los cirujanos prometemos buena praxis, es decir, calidad de atención, buena documentación y buena relación médico paciente, conocimiento y respeto de la ley y de los derechos de los pacientes, todo enmarcado en ejemplares condiciones morales, pero nos negamos a seguir pisando los escombros de lo que está pasando, en medio de una asfixiante atmósfera intimidatoria de la libertad profesional cada vez más mutilada.
- "Si el cirujano deja caer su ciencia, vende su luz, si deja flaquear su técnica, vende su acción y si deja desfallecer su conciencia, vende su alma" y para que esto no ocurra, honrando nuestros ideales y nuestros principios morales y, para que la desilusión no se transforme en desesperanza, arrojándome la simbólica representación de todos los cirujanos argentinos hoy quiero expresar con la fuerza de una declaración fundacional que el temor a las demandas, jueces y abogados, no nos hará perder jamás la alegría de ser médicos y el orgullo de ser cirujanos.

#### GLOSARIO

**A.A.C.:** Asociación Argentina de Cirugía.

**Abandono de Persona:** situación de desamparo sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que debe mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado.

**A.M.A.:** Asociación Médica Argentina.

**Axiograma (o perfil axiológico):** Es la escala de valores de cada paciente.

**Bioética:** Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la atención de los principios y valores morales; conjuga biología con moral, ciencia con conciencia, deber con ser, hechos con valores.

**Bioética especial:** Trata de los temas vinculados con los límites de la vida, eutanasia, cambio de sexo, etc.

**Bioética general:** Estudia los grandes temas vinculados con las decisiones de política sanitaria, sistemas asistenciales.

**Bioética profesional:** Se ocupa de la relación médico-paciente.

**Buena práctica:** Las decisiones que se ajustan a reglas o normas dictadas por expertos, las actitudes que satisfacen las expectativas del paciente; cumplimentar las exigencias de la ley, evitar dilapidación inútil de recursos, no desviar recursos en detrimento de necesidades de mayor prioridad y educar a los pacientes, familiares, colegas y a todos los que intervienen en el proceso de salud. (No sólo aspectos técnicos).

**B.P.:** Buena praxis.

**Cod. Civil:** Código Civil.

**Carga de la Prueba:** Es el actor o demandante quien deberá demostrar al Juez que el médico actuó con negligencia, imprudencia o impericia.

**Caso Fortuito:** Es el que no ha podido preverse o que previsto no ha podido evitarse. No media dolo ni negligencia.

**Causa Justa:** es la causa que justifique jurídicamente, revelar el secreto profesional.

**Cirugía Innecesaria:** Cirugía que luego de efectuarse con buena técnica, deja al paciente igual o peor que antes de operarse.

**Cirujano Itinerante:** Es el que viaja a distintos pueblos realizando operaciones, quedando el postoperatorio y las complicaciones a cargo de los médicos de la localidad.

**Clase Médica:** Es la referida a los que en conjunto ejercen la medicina y su rol en la sociedad.

**Código de Ética Médica:** Fija las normas éticas que rigen el ejercicio profesional de los que se dedican al arte de curar (médicos, odontólogos, obstetras).

**Cod. Penal:** Código Penal.

**Competencia:** Capacidad de comprender y apreciar las propias acciones y la información que se le brinda.

**Confidencialidad:** La divulgación de la información confidencial de la HC, viola el secreto profesional y atenta contra el derecho a la intimidad personal del paciente. Se debe mantener en absoluta reserva la información recibida.

**Consentimiento informado:** Es la manifestación escrita y firmada por el paciente y previa informa-

ción por el médico, de aceptación de las indicaciones diagnóstica y terapéutica propuesta. "Consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La explicación debe ser comprensible y no sesgada" escrito y firmado. (Simon).

**Contractual:** Es la relación jurídica entre médico y paciente.

**Contrato Médico:** Es un acuerdo médico, en el que hay dos partes contratantes: el paciente, que se obliga a pagar un honorario, y el médico, que se obliga a emplear los medios necesarios conducentes e idóneos para intentar su curación. Es no formal.

**Cosa Demandada:** Es la suma de dinero destinada a reparar el daño sufrido por el demandante.

**Culpa Civil:** Ante una falta más o menos grave cometida a sabiendas se exige una compensación por medio de un resarcimiento patrimonial. A veces las instituciones llevan parte de la responsabilidad. No implica intención de dañar sino el efecto puntual que el daño se ha producido, y medió imprudencia o negligencia o impericia.

**Culpa Médica:** Es el incumplimiento de la obligación asumida, sin intención de dañar, por ignorancia, negligencia o impericia.

**Culpa Profesional:** coincidentemente con la culpa civil, se acota al ejercicio de las diferentes profesiones y a los yerros que su ejercicio ha producido.

**Culposa:** Es la conducta derivada de impudencia, negligencia o impericia. Daño no premeditado. No hay intención de dañar.

**Charlatanismo Médico:** Médicos que ofrecen tratamientos u operaciones, mediante procedimientos generalmente secretos e intalibles. Induce a engaño.

**Daño Emergente:** Es la pérdida de valores económicos ya existentes (gastos del paciente).

**Daño Moral:** Es aquel que sufre el damnificado en sus afecciones legítimas, valores morales, no económicos.

**Daño Patrimonial:** Comprende el daño emergente y el lucro cesante.

**Decisión Racional (Teoría):** Es la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. (Lógica Probabilística).

**Delito:** Es toda acción u omisión penada por la ley que se realiza con dolo o mala fe, es decir, con la intencionalidad de hacerla.

**Demanda:** Escrito mediante el cual se inicia el juicio.

**Deontología:** La ciencia de los deberes, especialmente el de los profesionales. Normas morales válidas por sí mismas, sin ningún fin utilitario. Normas que deben respetarse en el ejercicio de una profesión.

**Deontología Médica Jurídica:** Denominada clásicamente como Jurisprudencia Médica, fija normas para el ejercicio de la medicina.

**Deontología Médica Universitaria:** Se ocupa de los deberes y derechos de docentes y estudiantes entre sí, con relación a la institución y a los pacientes que deben atender en Cátedras y Hospitales Escuelas.

**Diceología:** Es la parte de la Deontología que se ocupa de los aspectos económicos (gremio médico, carrera médica, leyes de previsión, etc.).

**Divulgación Médica:** Es la información médica realizada por diversos medios y dirigida al público.

**Dolo:** Deliberado propósito de producir un perjuicio o daño.

**Dolosa:** Conducta que tiene por intención dañar al paciente.

**Elección de Conciencia u Objeción de Conciencia:** El derecho debe dar validez legal a la decisión ética adoptada por el médico en cada caso.

**Encuentro Terapéutico:** Es una unión estructurada en el amor, madurada por la prudencia, regida por el arte, destinada a prestar ayuda eficaz a la necesidad del enfermo y capaz de concluir en la armónica y lúcida co-asunción de un destino.

**Error:** Es ni más ni menos que una equivocación. En derecho, como vicio de la voluntad se le equipara a la ignorancia.

**Error Diagnóstico:** "Determinará la culpa del facultativo cuando el mismo sea consecuencia de una actitud negligente imperita o imprudente, así como violatoria de leyes y reglamentos", (Zafiro-Venturini).

- "El error es excusable cuando ha habido razón para errar e inexcusable cuando la ignorancia del verdadero estado de las cosas proviene de una negligencia culpable, la cual es sancionada por la ley, según las circunstancias del caso".

**Error Excusable:** Es aquel que sucede a pesar de haber cumplido con el arte médico, aplicando todos los elementos clínicos y paraclínicos que la medicina aconseja, lo que torna totalmente inculpables al médico aunque el diagnóstico no sea acertado.

**Error Inexcusable:** Involucra la omisión de algún elemento trascendental del arte médico. Puede

constituir una conducta culposa y deplorable que implica una responsabilidad del profesional actuante. El error es inexcusable cuando el médico actuó con impericia (por desconocimiento de su propia ciencia), imprudencia (apuro) o negligencia (sin efectuar estudios).

**Estado de Necesidad:** "Existe estado de necesidad cuando una persona, para evitar un mal grave o inminente al que ha sido extraña, causa un daño a otra; en tal caso no existe responsabilidad del agente si el perjuicio ocasionado es incomparablemente inferior al evitado y no hubo otro medio para impedir este último" (Llambías).

**Ética:** Es la tendencia natural que tienen los seres humanos de escoger algunas entre muchas opciones de hacer algo, teniendo en cuenta el bien que de ese hacer obtendrán ellos y los demás. (ROA). - Disciplina que trata de la moralidad y las obligaciones morales (conducta personal y profesional). Dic. Stedman. - Teoría del comportamiento moral de los hombres en sociedad al investigar racional y objetivamente los orígenes, fundamentos y la evolución de la moral.

**Ética Biomédica:** Según D. Gracia<sup>40</sup>, surge como alternativa al término Bioética, y demuestra el valor sustantivo del término ética y el carácter meramente objetivo de biología y medicina.

**Ética de la Ley Natural:** Pone el acento en el respeto por la naturaleza y por lo tanto en los actos que protegen la esencia de la vida humana.

**Ética Deontológica:** Define la bondad de la acción por la acción misma y su propio significado sin tener en cuenta los resultados.

**Ética Teleológica o Consecuencialista:** Define la bondad de una acción por sus resultados. Criterio utilitario.

**Evaluación de Riesgo Quirúrgico:** Es calcular la probabilidad de un daño, con motivo de una operación. Toda operación tiene riesgo y la evaluación preoperatoria es para reducirlo al mínimo.

**Extracontractual:** Es aquella relación en la que no existe acuerdo previo al acto médico.

**Fondo de resguardo profesional de Instituciones Colegiadas:** Es un fondo solidario y de carácter obligatorio, administrado por los médicos (Consejo Médico) de algunas provincias, que cubre la responsabilidad que se genera y deriva del ejercicio de la profesión.

**Fuerza Mayor:** Llambías unifica los conceptos de caso fortuito y fuerza mayor: "Es el hecho impre-

visible o inevitable que impide absolutamente el cumplimiento de la obligación".

**Gremio Médico:** Se refiere a todos los trabajadores de "igual clase" que desarrollan la actividad en especial los nucleados para defender los intereses económicos y mantener y mejorar el nivel ético de la profesión.

**Historia Clínica (desde el punto médico-legal):** Documento que integra la relación contractual entre el médico y el paciente. Es la biografía patológica de una persona (Lain Entralgo).

**latrogenia:** Daños emergentes del accionar médico pero en los que se ha actuado con atención, dedicación y cuidado por lo que no ha habido desatención, audacia ni temeridad. (Ver patiatrogenia).

**Ilícito Civil:** Es el que lesiona el derecho individual.

**Ilícito Penal:** Es el que lesiona el interés social.

**Impericia:** Es actuar sin la capacitación necesaria y expresa la falta de conocimientos técnicos en determinado aspecto del arte y ciencia de la medicina. Falta de habilidad (No sabe).

**Imprudencia:** Lo opuesto a prudencia; es obrar con ligereza. Es "hacer de más". Exceso, precipitación.

**Integridad:** Suma de las capacidades de la persona; abarca tanto los aspectos físicos como psicológicos y los axiológicos y puede definirse como la correcta ordenación de las partes del todo. Podría asimilarse al valor "salud", siendo la enfermedad causante de la des-integración.

**Juicio por Mala Praxis:** Debiera decirse: "Juicio por Responsabilidad Médica". No hay mala praxis hasta que el Juez emita una sentencia en ese sentido.

**Litigar sin Gastos:** Es la autorización o el beneficio a iniciar los juicios sin abonar ningún tipo de gastos, fundado en razones de "pobreza" o falta de medios para hacer frente a dichos gastos.

**Lucro Cesante:** Es la no concreción de réditos económicos esperados y posibles.

**Lex Artis:** Leyes del arte. Reglas del arte.

**Mala Práctica:** Consiste en no haber empleado las conductas diagnósticas y terapéuticas aceptadas y establecidas, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, con un resultado perjudicial para el paciente.

**Malicia Procesal:** Conductas deliberadamente dilatorias del curso del juicio.

**Malpraxis:** Desviación de los estándares de cuidado aceptados, que causa un daño en la salud del paciente. (Sinónimo de mala práctica).

**Mediación:** Procedimiento en el cual, una tercera persona, el mediador, establece una comunicación directa entre las partes en conflicto para lograr la solución extra-judicial de la controversia que existía entre ambos. Puede ser Legal o Privada.

**Medicina Defensiva:** Es aquella en que se realizan métodos complementarios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos que no se hubieran llevado a cabo si no fuera por la amenaza de un juicio por mala praxis.

**Medios de Prueba:** Son los medios de que se valen las partes para demostrar la verdad de los hechos de la que dependen los derechos.

**Moral:** Conjunto de normas aceptadas libre y conscientemente, que regulan las conductas individuales y sociales de los hombres, en nuestro caso, los médicos en su quehacer profesional. Variable según los momentos históricos.

**M.P.:** Mala Práctica - Mala Praxis - Malpraxis.

**Negligencia:** Es lo inverso a sentido del deber. Es la falta de celo o indiferencia. Es el incumplimiento de los principios elementales inherentes al arte o profesión. Es "no hacer o hacer de menos". Descuido, falta de control, ausencia de verificación.

**Nexo de Causalidad:** Implica que el resultado obtenido (daño), es consecuencia directa del accionar del médico. (conexión entre el obrar del médico y el daño).

**Obligación de Medios:** El médico se compromete a emplear los medios razonablemente necesarios para la curación del enfermo, o bien lograr un beneficio convenido.

**Obligación de Resultado:** El médico se compromete a obtener resultados (C. Estética).

**Observancia de Deberes:** No incurrir en abandono de persona, respeto a la autonomía, información y consentimiento informado.

**O.M.S.:** Organización Mundial de la Salud.

**O.P.S.:** Organización Panamericana de la Salud.

**Orden Jurídico (Derecho):** Es aquel que la sociedad establece en pos de su tranquilidad y armonía, mediante normas jurídicas que lo garantizan.

**Patolatrogenia:** Es todo daño ocasionado o resultante, de manera directa o indirecta, de la actividad del médico, incluyendo secuelas de tipo colateral y adversas al paciente. Ejercicio profesional correcto.

**Pericia Médica:** Conocimientos y técnicas adecuadas.

**Principio de Autonomía:** reivindica el derecho que el paciente tiene para ejercer su autodeterminación para aceptar o rechazar las indicaciones médicas.

**Principio de Beneficencia:** Implica la obligación de buscar para el paciente lo que es bueno y prevenir lo malo.

**Principio de Confianza:** Rige la conducta de quien confía en el desempeño técnico de los demás colaboradores, cuyos errores no le son imputables.

**Principio de Equidad y Justicia:** Busca asegurar para todos los miembros de la comunidad las mismas oportunidades para el acceso a prestaciones médicas de similar calidad, a través de una distribución equitativa y justa de los recursos disponibles.

**Principio de No Maleficencia:** Concreta la obligación de no infligir daño al paciente.

**Probabilística:** Se dice de la Medicina, por no ser una ciencia exacta.

**Prueba de la Culpa:** Es el mecanismo por el cual quien demanda deberá demostrar al Juez que el médico actuó mal, con negligencia, etc.

**Relación Contractual:** Por la cual el paciente se obliga a pagar un honorario, y el médico a emplear los medios necesarios, conducentes e idóneos para intentar su curación.

**Relación de Causalidad:** Es el vínculo de conexión o nexo causal entre el hecho producido por una persona y el daño causado a otro. Es necesario que el daño sea causado por el hecho reprochable.

**Relación Extracontractual:** Es cuando no existe acuerdo previo al acto médico (accidentes - inconciencia - etc.).

**Responsabilidad Civil:** Es el deber de reparar, resarcir o indemnizar el daño causado por la transgresión. Responsabilidad de responder por los propios actos.

**Responsabilidad Médica:** Es una subespecie de la responsabilidad profesional que es a su vez un capítulo de la responsabilidad civil.

**Responsabilidad Penal:** Pretende el castigo de quien produjo el daño.

**Responsabilidad Profesional Médica:** Es la obligación que tiene toda persona que ejerce una rama del arte de curar de responder ante la Justicia, por los daños ocasionados con motivo del ejercicio de su profesión.

**Responsabilidad Solidaria (Equipo quirúrgico-auxiliares):** Los auxiliares son solidariamente responsables, si por insuficiente o deficiente control de los actos por estos ejecutados, resultare un daño para terceras personas.

**Riesgo Quirúrgico (desde el punto de vista Jurídico):** Accidentes operativos no imputables a los cirujanos, de los que no obstante generar un daño al paciente, no deriva obligación indemnizatoria alguna.

**R.M.F.:** Relación Médico-Familia.

**R.M.I.:** Relación Médico-Institución.

**R.M.M.:** Relación Médico-Médico.

**R.M.P.:** Relación Médico-Paciente.

**Secreto Profesional:** Es todo dato o revelación que el profesional médico obtenga con motivo o en ocasión del ejercicio de su actividad y que por razones legales y éticas debe mantener reservado.

**Segunda Opinión:** Es la interconsulta solicitada a un médico o a una institución de reconocido prestigio académico, con el objeto de corroborar o modificar una conducta diagnóstica o terapéutica.

**Seguro Profesional Indirecto:** Profilaxis del miedo suprimiendo todo trato con pacientes de alto riesgo o con personalidad o familia conflictivos.

**Síndrome Judicial:** Alteraciones físicas, psíquicas y morales que se producen en un profesional que se ve sometido a una situación procesal.

**Temeridad Procesal:** Conducta de quienes litigan sabiendo o debiendo saber que no les asiste ningún derecho.

**Teoría de las Cargas Probatorias Dinámicas:** La carga de la prueba de inculpabilidad está a cargo del médico.

**Violación de los Estándares de Cuidado:** Es el parámetro o vara con la cual se compara determinada prestación con la conducta desplegada por un médico razonable con el mismo o similar paciente en circunstancias parecidas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires: *Mala Práctica Médica* - Bol. 2º sem. 1996.
- Academia Nacional de Medicina, Madrid: *El Cirujano y sus fantasmas*, 1997; 114.
- Académie de Médecine de Paris: *Question de responsabilité médicale. Les cas du Docteur Helie*. Ann d'Hyg. Publ. et Med. Legale, 3: 112, 1830.
- Adamson T.E., Baldwin D.C., Sheehan T., Oppenberg A.: *Characteristics of surgeon with high and low malpractice claims rates*. West J. Med, 1997 Jan; 166 (1): 37 - 44.
- Agrest A.: *El Rol del Clínico en el año 2000*. Conf. Soc. Interun. Méd. Int. Rosario, Set. 1999.
- Agrest A.: *Problemas Éticos en la Práctica Médica*. MEDICINA (Bs.As.) 55: 173-178; 1995.
- Agrest A.: *Consejo Académico de Ética Médica de la Academia Nacional de Medicina*. Bol. AN de Med. Vol. 77. 2º Sem. 1999.
- Albaca C. R.: *Fiscal de Instrucción en lo Penal 2º Nominación - Tucumán (Cap.) Comunicación Personal* - 2001.
- Albanese S.: *Casos Médicos*. Ed. La Rocca - Bs.As. 1994.
- Alvarez - Cienfuegos Suárez J. M.: *Intimidad, confidencialidad y tratamiento informático de los datos sanitarios*. Ed. Med. Panam. Madrid 2000.
- Alonso Raby C.: *La responsabilidad profesional del Médico*. Rev. AMA. Vol. 112 - Nº 4 - 1999.
- Alterini J.A.: *Mala Praxis Médica vista por un Juez de Cámara* - Seminario - Academia Nacional de Medicina Argentina 1997.
- Alumo H. S. - coord.. M.R.: *Calidad de la Atención Quirúrgica*. Rev. Argent. Cirug. 1987 - 52: 178 - 196.
- Alvarez Gardiol E.: *Malaprxaxis y diagnóstico en cáncer de mama*. Bol. Academia Nacional de Medicina. Bs. As. Jul. - Dic. 1994.
- American College of Physicians: *Position paper. Ethics Manual*, 4º Ed. Ann. Int. Med. 1998; 128: 576 - 594.
- American Hospital Association Guide to the Health Care Field. 1992 Ed. Chicago: American Hospital Association 1992.
- Amor J.R., Iñaki F., Ruiz J.: *Ética y Gestión sanitaria*. Ed. Siglo XXI - España 2000.
- Annas G.J., Glantz L.H., Mariner W.K.: *The right of privacy protects the doctor - patient relationship*. Jama 1990, Feb. 9; 263 (6): 858 - 861.
- Arribalzaga E.B.: *Aspectos científicos y éticos de la Práctica Quirúrgica*. Curso Anual de Cirugía Gral. A.A.C. 2001.
- Asociación Argentina de Cirugía: *Manual de Ética y Deontología del Cirujano*, Bs.As. 1996.
- Asociación Médica Argentina - Sociedad de Ética en Medicina: *Código de Ética para el Equipo de Salud* - Bs. As. 2001.
- Axelrod D.A., Goold S.D.: *Maintaining trust in the surgeon - patient relationship: challenges for the new millennium*. Arch. Surg. 2000 Jan 135 (1): 55 - 61.
- Battani D.: *Responsabilidad médica en traumatología y ortopedia*. Rev. AAOT, Vol. 57. Nº 3 - 1992.
- Beauchamp T. Childress J.: *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford University Press, 1989.
- Benyetz Merino L.: *Referencias antropológicas ante el delito de revelación del secreto médico en Secreto Médico*. Ed. Méd. Panam. Madrid 2000.
- Beveraggi, E.M. - Coord. Panel: *Formación del docente en cirugía*. Rev. Argent. Cirug 1992; 62: 84 - 95.
- Biblioteca Médica Digital: *Bidart Campos - Hurtado Hoyo*. San Juan - Bs. As. 2000.
- Bingham J.: *Informed Consent*. BMJ 1993 - Apr. 3.
- Bianco M.R.: *Temas de Responsabilidad Médica por Malaprxaxis*. Ed. AKADIA 1994.
- Bolsin Stephen N.: *Professional misconduct: the*

- BRISTOL case. Med. J. Aust. Vol 169 - 5 october 1998.
31. Bonnet E.F.P. Medicina Legal. López Libreros. Bs. As. 1967
  32. Bordin C., Fracapani M.: *Comité Hospitalario de Ética*. Prens. Med. Argent. 1995; 82: 836-840.
  33. Bumaschny E.: *La formación del cirujano para el Siglo XXI*. Proaci - 1998.
  34. Byrne D, Napiera, Cuscheri A.: *How informed is signed consent?* Br. Med. J. 1988 Mar, 19 - (6625) 839-40.
  35. Calcedo Ordoñez A.: *El Secreto Médico y Protección de Datos Sanitario*. Ed. Med. Panam. Madrid - España 2000.
  36. Califano J. E., Medone A.: *Mala Praxis Médica: Comentarios a las Conclusiones de la Jornada Universitaria*. Prens. Med. Argent. 1996 - 83; 159 - 162.
  37. Caponetto. M.: *El Hombre y la Medicina*. Scholastica - Bs. AS. 1992.
  38. Cariello A. H.: *Responsabilidad civil de los médicos*. Edif. Rev. Fac. Cs. Med. U.N. de la Plata 1994.
  39. Cariello A. H.: *Professional liability Program*. Comunicación Personal. Bs. As. 2001.
  40. Charles S., Gibbons R.: *Predicting risk for medical malpractice claims using quality of care characteristics*. West J Med 1992; 157: 433 - 439.
  41. Clinical Negligence Scheme for trust: *Risk management standards and procedures*. Manual of Guidance. National Health Litigation Authority 1997.
  42. Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Seminario: *Mala Praxis y Certificación Profesional*. Academia Nac. de Med. 1997.
  43. Maguergui C. *Conversaciones sobre Ética y Salud*. Entrev. Centro Ed. Fundación Favalaro - Bs. As. 1996.
  44. Corbelle D.L., Agullar O.L., Corbelle J.L. (h): *La Cirugía y el Cirujano*. Rev. AMA, Vol 113. Nº 2 - 2000.
  45. Corvell J.L.: *El Síndrome Judicial*. Prens. Med. Argent. 1998; 85: 1130 - 1132.
  46. Curia M.T., Pettito J.A.: *Responsabilidad médica: Deberes y Derechos de los Médicos*. Prens. Med. Argent. 1993; 80: 756-758.
  47. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. Derechos del Paciente. 1981.
  48. Díaz Mendez N.: *La historia clínica desde el punto de vista legal*. Ed. Med. Panam. Madrid 2000.
  49. Do Pico A., Cortecci L.: *El Consentimiento informado*. Prens. Med. Argent. 1998; 85: 938-941.
  50. Do Pico A.; Cortecci L.: *Daño psíquico*. Prens. Med. Arg. 2000; 87: 100 - 103.
  51. Do Pico A.; Cortecci L.: *Valor de la Historia Clínica ante la Justicia*. Prens. Med. Arg. 2001; 88: 43 - 46.
  52. Do Pico A; Cortecci L.: *¿El médico debe revelar su secreto médico?*. Prens. Med. Arg. 1997; 84: 676-679.
  53. Do Pico J.C.: *El Médico - La Ética - La Ley*. Rev. AMA. 1992; 105 - 6.
  54. Do Pico J.C.: *La Condena Judicial de un médico obstetra*. Rev. AMA. 1993; 106 - 4.
  55. Do Pico J.C.: *La Responsabilidad Civil del Médico*. Prens. Med. Arg. 1999; 76: 119.
  56. Do Pico J.C.: *Mediación: nueva etapa prejudicial obligatoria para los litigios*. Rev. AMA 1996; 109 4.
  57. Do Pico J.C.: *Reflexiones sobre ética en medicina (Perspectiva de un abogado)*. Rev. AMA. 1998; 111 - 3.
  58. Do Pico J.C.: *Reflexiones sobre la Historia Clínica*. Rev. AMA 1997; 110 - 2.
  59. Do Pico J.C.: *Tribunales arbitrales*. Rev. AMA. 1993; 106 - 1.
  60. Do Pico J.C.; Do Pico Mai C.L.: *La infección nosocomial y el equipo de cirugía. Aspectos legales y jurisprudenciales*. Rev. AMA 2000; 113 - 3.
  61. Do Pico J.C.; Do Pico Mai C.L.; Hutin R.A.: *La Historia Clínica informatizada. Apreciaciones sobre su viabilidad*. Rev. AMA. 1999 112 - 2.
  62. Drane J.F.: *Consideraciones básicas para el Programa Regional de Bioética de la OPS*. Sgo. de Chile. Publicación Oficial 1995.
  63. Drane J.F.: *Métodos en Ética Clínica*. Bol OPS mayo - junio 1990.
  64. Edwards W.S.; Yahne C.: *Surgical informed consent: what it is and is not*. Amer. J. Surg. 1987 Dec. 154 (6) 574-578.
  65. Engelhardt T.: *Los fundamentos de la bioética*. Ed. PAIDOS 1995; 15 - 28 - Bs. As.
  66. Estrada S.I.: *El valor probatorio de la Historia Clínica*. Rev. Fac. Med. UNT 2000; 2 - Dic.
  67. Estrada S.I.: *Las investigaciones con seres humanos y el consentimiento informado*. Diario El Siglo. Tuc. 6-04-2000.
  68. Estrada S.I.; Sallor C.E.: *Protección de datos personales en la investigación con seres humanos*. XIII Conf. Nac. de Abogados - Jujuy - Ab. 2000.
  69. Etchells E.: *Informed consent in Surgical Trials*. World J. Surg. 23; 1215-1219 - 1999.
  70. Fernández C.: *La Crisis de la Educación Argentina: Buscar las soluciones*. Ethica. 1994; Año 3 - Nº 13.
  71. Ferrari H.: *Anestesia y analgesia epidural: Consideraciones médicas y legales*. Rev. Arg. Anest. Set. Oct. 1996.
  72. Ferre J.J.: *Los principios de la bioética*. Cuad. Prog. Reg. Bioética OPS - Chile 1998.
  73. Ferreira M.: *Responsabilidad civil de cirugías plásticas en procedimientos estéticos*. Rev. Fac. Med. Sao Paulo - Nov. Dez 1992.
  74. Ferreres A.R.: *Aspectos Médico Legales de las complicaciones en cirugía laparoscópica*. Bs. AS. 1998.
  75. Ferreres A.R.: *Aspectos Médicos Legales en Ortopedia y Traumatología*. Rev. Asoc. Arg. de Ortopedia y Traumatología 2001; 66: 666 - 3.
  76. Ferreres A.R.; Baldomar J.A.: *Encuesta sobre aspectos ético-legales de la práctica profesional del*

- cirujano. Rev. Ar. Cir. 1989; 56 (3/4): 148 - 150.
77. Ferreres A.R.; Lázaro C.: *Aspectos médico - legales de la práctica quirúrgica*. PROACI 1998 - Ed. Med. Panam.
78. Fever, William: *Medical Malpractice Law*. Irvine, California. Lawprep Press - 1990.
79. Fischer J.E.: *The effect of litigation on surgical practice in the USA*. B. J. Surg. 2000; 87: 833 - 834.
80. Fortuna A.; Fortuna A. De O.: *Decálogo de protección al médico*. Rev. Bras. de Cir. Vol. 80 - Nº 5 - Set - Oct. 1990.
81. Frank G.W.: *Malpractice claims and physicians communication patterns*. JAMA 1997 - Jun. 4; 277 (21) 1682.
82. Frutos Ortiz E.: *La Ética en la Cirugía del Siglo XXI*. Rev. AMA. 1996; 109 - 4.
83. García Marcos F.: *Ética, Medicina y Bioética*. Conf. de incorp. Miembro Academia del Plata. Bs. As. Nov. 1999.
84. García Noval J.: *Ética Médica: Tres problemas actuales*. Rev. Fac. Ciencias Med. - Guatemala - 1996.
85. Gherzi C.A.: *Relación Médico Paciente*. Ed. Jurídicas - Cuyo - 1997.
86. Gil Deza E.; Gercovich F.G.; Morgenfeld E.; Rivarola E.: *Verdad vs. Veredicto*. Ed. Macchi - Bs.As. Abril 2001.
87. Gisbert Calabuig J.A.: *Medicina Legal y Toxicología*. Ed. Masson - 5ª Ed. 1998 - Barcelona - España.
88. Googwin H.: *Litigation and surgical practice in the UK*. B J Surg 2000; 87: 977 - 979.
89. Gracia D.: *El Ensayo Clínico en Oncología: problemas éticos*. Rev. Cancer (Madrid) Vol. 4 - Nº 1 - 1990.
90. Gracia D.: *Introducción a la bioética*. Bol OPS - mayo - junio 1990.
91. Gracia D.: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. EUEDEMA - Madrid 1991.
92. Gracia Guillén D.: *La confidencialidad de los datos*. *Secreto Médico* - Ed. Med. Panam. Madrid 2000.
93. Guarner V.: *Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la cirugía*. Gac. Med. Méx. 2000; 136 - 2.
94. Gutierrez V.: *Mala Praxis vista por un cirujano*. Seminario. Acad. Nac. de Med. - Arg. 1997.
95. Hercules H.: *Erro médico: a visao do medico legista*. An. Acad. Nac. de Med. (Brasil) out - nov 1996.
96. Hopper K.D.; Tenhave T.; Tully D.; Hall T.: *The readability of currently used surgical procedure consent forms in the US*. Surgery. V. 123 - Nº 5 - May 1998.
97. Hurtado Hoyo E.: *El Síndrome Judicial*. Rev. AMA 1995; 108 - 3.
98. Hurtado Hoyo E.: *Responsabilidad legal del Equipo quirúrgico*. Rev. AMA. 1994; 107 - 4.
99. Iraola L.N.: *La historia clínica: un instrumento imprescindible en la defensa del médico*. Rev. AMA. 2000, 113 - 3.
100. *Jornada Universitaria (II) sobre Mala Praxis*. Fac. de Med. (UBA) - Bs.As. - 1996
101. Jousen A.R.: *A Short History of Medical Ethics*. Oxford University Press - NY - 2000..
102. Juvin P.; Teissiere F.; Brion F.; Demonts J.M.; Durigon M.: *Postoperative death and malpractice suits: is autopsy useful?* - Anesth Analg. 2000 - Aug 91 (2) 344 - 346.
103. Kem K.A.: *Malpractice litigation involving laparoscopic cholecystectomy. Cost, cause and consequences*. Arch. Sur. 1997 Apr. 132 (4) 392 - 397.
104. Lain Entralgo P.: *Antropología de la Esperanza*. Guadarrama - Madrid - 1969.
105. Lain Entralgo P.: *El Médico y el Enfermo*. Guadarrama - Madrid - 1969.
106. Lain Entralgo P.: *La Medicina Actual*. Dossat - Madrid - 1981.
107. Lain Entralgo P.: *Marañón y el Enfermo*. Rev. de Occidente - Madrid - 1962.
108. Lana R.L.: *Derecho Médico*. J. Bras. Med. 1996; 71 (3): 49 - 51, 53.
109. Landa C.R.: *Meditaciones antropológicas y éticas de un internista*. Fac. Med. UNT - Tuc. 1982.
110. Landa C.R.: *Reflexiones acerca de la Medicina Personalística* - Rev. Fac. Med. Tuc. 1980.
111. Landa C.R.: *Secreto Médico*. Siglo XXI - Tucumán - 16-VIII-92.
112. Langslow A.: *Defending negligence claims*. Aust. Nurs. J. 1999 - Apr. 6 (9): 32-33.
113. Lara M. Del C.; de la Fuente J.R.: *Sobre el Consentimiento Informado*. Ethics 10: 173-178 - 1994.
114. Laurence A.: *El Alma del Cirujano*. Ed. Dunken - Bs.As. 2000.
115. Lavelle-Jones C.; Byrne D.J.; Cuschieri A.: *Factors affecting quality of informed consent*. BMJ 1993 Apr. 3; 306: 885-890.
116. Ledesma Padilla C.J.: *Profesor Titular Medicina Legal*. Comunicación Personal. Tuc. 2001.
117. León S.: *Profesor Titular Cirugía UNT*. Comunicación Personal. Tuc. 2001.
118. Levinson W.: *Physician - Patient communication: a key to malpractice prevention*. JAMA 1994; 273: 1619-1620.
119. Levinson W.; Roter D.; Mullooly J.; Dull V.; Frankel R.: *Physician - Patient communication*. JAMA, February 19, 1997 - Vol. 227, Nº 7.
120. López Avellaneda E.M.: *Como debe ser el cirujano*. Conf. XIX Cong. Cirugía. NOA - Termas del río Hondo - 2000.
121. López Avellaneda E.M.: *El Médico y el Paciente del IIIer. Milenio*. Rev. Fac. Med. Tuc. 2000; 1 - 1.
122. López Avellaneda E.M.: *Reflexiones sobre los Médicos y su Responsabilidad Profesional*. Correlato XVII Cong. Cir. Norte. Jujuy 1995.
123. López Balado. J.: *Los Médicos y el Código Penal*. Ed. Universidad. Bs.As. 1981
124. López Gastón A.: *La relación Médico-Paciente en el postmodernismo*. Acta Gastroent. Latin. Julio 1999.

125. Luce J.M.: *Ethical principles in critical care*. JAMA 1990; 263: 696-700.
126. Luna F.: *Breve comentario acerca de la autonomía de los profesionales y de los pacientes en la medicina actual*. Rev. AMA - Vol. 109 - Nº 3 - 1996.
127. Lynch H.T.; Paulson J.: *Failure to Diagnose Hereditary Colonrectal Cancer and its Medicolegal Implications*. Dis. Colon Rectum, Vol. 42 - Nº 1 - Jan 1999.
128. Maccagno C.A.: *Aspectos legales de la indicación de la cirugía laparoscópica*. Pren.Med.Arg. 1998; 85: 491-493.
129. Maccagno C.A.; Poggi V.L.; Bruno A.H.: *Consentimiento Informado*. PROAMI 2º c. Fasc. 3. Ed. Med. Panam. Bs.As. 1997.
130. Maccagno A.: *Mala Praxis visto por un Médico Legista*. Seminario Acad. Nac. de Med. - 5-VIII-97.
131. Maccagno A.; Poggi V.L.; Bruno A.H.: *Abandono de persona - Homicidio y Lesiones*. PROAMI - 4º C.Fasc. 3 - Ed. Med. Panam. - Bs.As. 1999.
132. Maccagno A.; Poggi V.L.; Bruno A.H.: *Estado de Necesidad*. PROAMI - 4º C.Fasc. 1 - Ed. Med. Panam. - Bs.As. 1999.
133. Maccagno A.; Poggi V.L.; Bruno A.H.; Ferreres A.R.: *Responsabilidad del Clínico y del Cirujano en una indicación Quirúrgica*. PROAMI - 5º C.Fasc. 4 - Ed. Med. Panam. - Bs.As. 2000.
134. Maccagno A.; Poggi V.L.; Bruno A.H.; Pantín D.J.: *Secreto Profesional*. PROAMI - 5º C.Fasc. 3 - Ed.Med.Panam. - Bs.As. 2000.
135. Maglio I.: *Guías de Buena Práctica Ético-Legal en Terapia Intensiva*. Vol. 1 - Nº 1 - Ag. 2001 - Arkhetyo.
136. Maiza H.: *Mala Praxis en Ortopedia y Traumatología*. Rev. Asoc. Arg. de Ortopedia y Traumatología. 2001; Año 66 - Nº 3.
137. Malagón Londoño G.: *Garantía de calidad en salud*. Ed. Med. Panam. 1999.
138. Malen Seña J.F.: *Privacidad y Mapa genético*. Rev. Der. y Gen. Humano - 1995; 2: 145 - Barcelona.
139. Manrique J.: *La Ética del Cirujano en el Trabajo en Equipo*. Bol. AAC - Abr. 2001.
140. Manrique J.L.: *Aspectos Bioéticos de la Práctica Quirúrgica*. Curso Anual Cirugía Gral. AAC - 2001.
141. Manrique J.L.; Cottely E.; Rosal R.; Smith R.; Muñoz P.: *Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal*. Rev. Arg. Ciruj. 1991; 61: 99-102.
142. Manrique J.L.; Fantocini M.; Baccino I.; Bertoni A.; Buresti P.; Burger C.; Combi A.; Franchi A.; Saro L.; Siede L.; Tabrada G.; Torres A.: *Consentimiento Informado: opinión de una comunidad hospitalaria y académicos de cirugía*. Rev. Arg. Ciruj. 2000; 78: 105-117.
143. Manual de Ética y Deontología del Cirujano. Asociación Argentina de Cirugía. 1996.
144. Manzini J.L.; Salvador H.: *La autonomía del paciente y el consentimiento informado*. Conf. Cent. Onc. Exc. De Gonné 12-XI-92.
145. Marañón G.: *En torno a la formación del médico y su ética profesional*. Rev. Circ. Univ. S.O. - 1939.
146. Margo C.E.: *When is surgery research? Towards an operational definition of human research*. J. of Med. Ethics 2001; 27: 40-43.
147. Mariona F.; Choueta E.; Rébora N.; Sandoval Luque E.; Tasso J.J.; Gonzalez S.M.; Salinas R.; Arzamendia S.: *Derecho Médico: Historia clínica manuscrita e Historia Clínica informatizada - Medios de prueba válidos en sede judicial*. Rev. AMA. 1998; 111 - 2.
148. Martínez Marull A.: *Responsabilidad ética y jurídica de las Instituciones médicas*. Rev. Argent. Cirug. Nº Extraordinario 1989.
149. Martínez Marull A.: *Situación actual en la formación del cirujano. Certificación y recertificación*. Quirón. 2000; 31 - Nº 4.
150. Matera R.F.: *Responsabilidad por praxis médica*. Ed. Pren.Med.Arg. 1992; 79: 391-392.
151. Mazzei E.: *La Medicina en la encrucijada*. AMA mayo - junio 1976.
152. McCullough; Jones J.W. and Baruch A.B.: *Surgery Ethics - Oxford University Press - NY*
153. Médicos Hoy. *Mala Praxis: Hay graves falencias en la docencia*. Año 2 - Nº 10 - Oct. 1996.
154. Medone A. y Califano J.E.: *Mala Praxis Médica: Efectos y Prevención*. Ed. PMA - 1995.
155. Medrano Albeniz J.: *El Secreto médico en perspectiva histórica*. Secreto Médico. Ed. Méd. Panam. Madrid 2000.
156. Ministerio de Salud y acción Social de la Nación: *Jornadas Nacionales de Ética Biomédica*. Arg. 1999 - Bs.As.
157. Mobilio J.: *Práctica de Buena Praxis*. Ed. Difusora - Bs.As. 2001.
158. Neale G.: *Informed Consent*. Gut 46: 5-8 - 2000.
159. O'Keefe L.: *Informed Consent*. BMJ 1993 - Apr. 3, 306 (6882) 927.
160. Oguisso T.: *Implicaciones ético-legales no ejercicio de enfermería en centro quirúrgico*. Enfoque. Junio 1987 - Sao Paulo.
161. OMS - OPS. *Encuentro Continental de Educación Médica - Uruguay - 1994*.
162. OPS. *Bioética - Temas y Perspectivas* - PC 527 - 1990.
163. Osuna E.; Pérez C.; Pérez M.; Luna A.: *Informed consent. Evaluation of the information provided to patients before anesthesia and surgery*. Med. Law 1998 - 17 (4): 511-518.
164. Otaño Sahores A.: *Ética Médica y Derechos de la persona*. Rev. Asoc. Arg. de Ort. y Traum. 2000. Año 65 - Nº 3.
165. Padron R.: *Fundamentos de la relación Médico - Paciente*. Pren. Med. Arg. 1996; 83: 633-639.
166. Parada Barrios M.: *Introgénia en Cirugía*. Rev. Chil. Cir. - feb. 1994.
167. Patig G.: *Hechos, normas y proposiciones de Ética y Ciencia*. Ed. Alfa - Barcelona y Caracas 1986.
168. Pattió J.A.: *Medicina Legal*. Ed. Centro Norte. 2º Ed. - Bs. As. 2001.
169. Pellegrino E.: *La relación entre la autonomía y la integridad de la ética médica*. Bol. OPS - Santia-

- go de Chile - 1995.
170. Pellegrino E.; Thomasma D.C.: *For the patients good* - Oxford Univ. Press. NY 1993.
  171. Pellegrino E.; Thomasma D.C.: *The virtues in medical practice*. Oxford Univ. Press. NY 1993.
  172. Penneau J.; Penneau M.: *Responsabilité du Chirurgien*. Encycl. Med. Chir. Ap. Dig. 1995.
  173. Plata Rueda E.: *Hacia una vida más humana*. Ed. Med. Panam. 1998.
  174. Potter Van Rensselaers: *Bioethics, the Science. Perspectives in biological and Medicine*. P.H.N Jersey 1971.
  175. Ramsay S.: *Evidence against "Bristol Case" doctors found proven*. News - The Lancet. 1998; Vol. 351 - Junio 6.
  176. Reich W.T.: *Encyclopedia of Bioethics*. S. y S. Mc. Millan - NY 1995.
  177. Ríos Bruno G. (coord.); Berlangieri C.; Berro G.; Tommasino A.; Ferreres A.R. (Panelistas) *Mesa Redonda: Responsabilidad Médico Legal del Cirujano*. Cir. Uruguay 1995; 65: 6-18.
  178. Rockwell D.; Rockwell F.: *The emotional impact of surgery and the value of informed consent*. Med. Clin. North Am. 1979.
  179. Rodríguez Martín J.A.: *Subdirector Curso Anual Cirugía AAC - Comunicación personal* - Bs.As. 2001.
  180. Rodríguez Martín J.A.; González Aguilar O.; Pardo H.; Yazda Y.: *Consentimiento Informado: ¿Un dilema ético o legal?* Rev. Argent. Cirug. 1999; 77: 229-241.
  181. Rodríguez Martín J.A.; Minetti A.M.; Bernardo M.; Yazde Y.; Lumi C.M.: *El Cirujano ante la justicia*. - Rev. Argent. Cirug. 1998; 74: 138-148.
  182. Rutkow I.M.; Zuidema G.D.: *Unnecessary surgery an update*. Surgery 1978; 84: 67-678.
  183. Sanguinetti F.A.: *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano*. Rev. Argent. Cirug. Nº Extraordinario 1989.
  184. Santana M.: *Doctora en Estadísticas UNT. Comunicación Personal* - Tuc. 2001.
  185. Santangelo H.D.; Debonis D.L.; Pollastri E.J.; Rodríguez Martín J.A.: *Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica*. Rev. Argent. Cirug. Nº Extraordinario 1999.
  186. Sapisochin E.: *El acto quirúrgico - Consideraciones Médico Legales*. Rev. AMA, Cap. Trabajo MP en cirugía. 1995.
  187. Sapisochin E.: *Responsabilidad legal en Medicina de Urgencia*. Rev. AMA. 1995; Vol, 108 - Nº 2.
  188. Sargos P.; Pellerin D.; Glorion B.: *Information du malade par le chirurgien. Aspects judiciaires, éthiques, deontologiques*. Chirurgie 1998; 123: 85-96.
  189. Sargos P.; Pellerin D.; Glorion B.: *Patient education by the surgeon. Judicial aspects, ethical aspects, deontology aspects*. Chirurgie 1998 - Feb 123 (1) 85-95.
  190. Sayago R.: *La relación Médico Paciente*. Rev. AMA, 1994; Vol. 107 - Nº 4.
  191. Sheperd H.A.: *Postal Consent for upper gastrointestinal endoscopy*. Gut, 46: 37 - 39, 2000.
  192. Smith T.: *Information for patients*. BMJ 1992; 305: 1242.
  193. Spencer Frank C.: *Human error in hospitals and industrial accidents: current concepts*. J. of the Am. Coll. Surgeons 2000; 191: 4: 410-418.
  194. Tau J.M.: *El consentimiento informado* (Coment. Libro de P.Simon) Quirón. 2000; Vol. 31 - Nº 4.
  195. Terragni M.A.: *First Lessons from the "Bristol Case"* - The Lancet (Edit). 1998; Vol. 351 Nº 9117 -Junio.
  196. Terragno J.A.: *Responsabilidad profesional. Análisis general y criterios*. II Jornada de Responsabilidad Profesional. Colegio Médico del Distrito IV - San Martín, Bs.As. 2000.
  197. The Lancet (Editorial): *First lessons from the "Bristol Case"* Vol. 351 - Number 9117 - jun 1998.
  198. Thompson E.: *The nature of confidentiality*. J. Med. Ethics 1989; 5: 57-64.
  199. Trigo Represas F.: *Reparación de Daños por mala praxis médica*. Ed. Hammurabi - Bs.As. 1995
  200. Tuero C.A.; Amestoy C.A.: *Consentimiento informado y sus implicancias legales*. CADIME - 32 - Bs.As. 1996.
  201. Urrutia A.R.; Urrutia D.M.; Urrutia C.A.; Urrutia G.A.: *Responsabilidad Médico Legal de los Cirujanos*. Ed. Héctor Machi - Bs.As. 1995.
  202. Urrutia G.A.; Urrutia D.; Urrutia C.; Urrutia A.R.: *Riesgo Quirúrgico*. Rev. Argent. Cirug. 1994; 66: 184-188.
  203. Urrutia G.A.; Urrutia D.M.; Urrutia A.R.: *Responsabilidad del equipo quirúrgico. Límites de la responsabilidad*. Rev. Argent. Cirug. 1993; 65: 223-226.
  204. Vanswevelt T.: *Informed consent and extended operations*. Med. Law 1998 - 17 (1): 125-130.
  205. Viaggio J.L.: *Prevención de errores y accidentes quirúrgicos*. Prens.Med.Arg. 1994; 81: 920-922.
  206. Wikinski J.A.; Piaggio A.N.; Deluca C.; Paladino M.: *Responsabilidad profesional del anestesiólogo y riesgo anestésico*. Rev. Arg. Anestesiol. 53 (4) 278-288 - oct - dic 1995.
  207. Wunkhaus R.: *Aspectos médico-legales en la práctica médico-quirúrgica*. Rev. Chilena de Cirugía - Vol. 46 - Nº 2 - abr. 1994.
  208. Yungano A.R.; López Bolado J.D.; Poggi V.L.; Bruno A.H.: *Responsabilidad profesional de los Médicos*. Ed. Universidad - Bs.As. 1986.