

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
Obligación de medios versus
obligación de resultados.

Pág. 7.
Prevención de acciones por
responsabilidad médica

Pág. 11.
Interacción de los
profesionales en Obstetricia



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Les acercamos en este número una actualización sobre la Prevención de Acciones sobre Responsabilidad Profesional. Asimismo queremos compartir con Ustedes algunas consideraciones sobre el rol de los médicos obstetras, parteras y monitoristas fetales en el control de un trabajo de parto, dada la importante frecuencia y entidad de reclamos en esta especialidad.

Finalmente queremos abordar un tema que seguramente les será de mucho interés referido a las obligaciones de los profesionales de la Salud ¿son de medios o de resultados?

Esperando estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

Dr Horacio E. Canto
Gerente de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs":
(011) 154-947-7136, Dra. Flichman
(011) 154-949-4592, Dr. Susman
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

Línea diurna: (011) 5239 – 1733/32
Dr. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18hs.
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Obligación de medios versus obligación de resultados... reflexiones a la luz de la jurisprudencia y las tendencias doctrinarias actuales

Dra Mariana Flichman

Introducción:

Todos hemos escuchado alguna vez que los médicos asumen obligaciones de medios, y también que hay especialidades que clásicamente quedaban fuera de este concepto como la anatomía patológica o la cirugía estética, pero la realidad actual, tanto de la doctrina como de nuestra jurisprudencia es mucho más compleja y a esto debemos sumarle una realidad social en la que muchas veces, la medicina se promociona garantizando resultados, situación que complica aún más esta disyuntiva. Intentaremos brevemente analizar todos los aspectos mencionados desde la mirada médica.

Primero... algunas definiciones: ¿qué entendemos por obligación de medios?

En las obligaciones de medios, el deudor, en este caso el médico, tiene una obligación que se limita a llevar a cabo todas las medidas necesarias y disponibles para obtener el mejor resultado, sin garantizarlo.



En términos generales, digamos que la "obligación de medios" es la que sólo impone aptitud o idoneidad para adoptar y cumplimentar con empeño y dedicación, aquellas diligencias o medidas que habitualmente conducen a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo; en tanto que "obligación de resultados" es la que compromete concretamente un resultado determinado.

En términos similares, el maestro Trigo Represas, nos dice que la "obligación de medios es la que sólo impone diligencia y aptitud para cumplir las medidas que normalmente conducen a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo; obligación de fines, es en cambio, la que compromete un resultado determinado. (...) efectivamente, en general el deber de los médicos es "de medios": atención diligente e idónea del enfermo, sobre la base de las reglas del arte de la medicina y su evolución, conforme a los conocimientos científicos que el título presupone, en procura de su curación, pero sin asegurar que dicho resultado perseguido se va a lograr; tal es así que a los facultativos les está legalmente prohibido anunciar o prometer la curación fijando plazos, o la conservación de la salud, o anunciar agentes terapéuticos de efecto infalible (art. 20, incs. 1º, 2º y 5º), es decir, en suma, prometer un determinado "resultado" al "cliente".

Veamos cómo han sentado jurisprudencia en sus fallos nuestros jueces:

"El médico contrae una obligación de medio, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, en favor de la salud del enfermo. Aunque no está comprometido a curar al enfermo sí lo está a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente puede alcanzar la curación".

"Se trató de una complicación post-operatoria poco frecuente pero factible, por debilidad de los tejidos involucrados en el legrado biopsia, dentro de una práctica asistencia adecuada en la técnica operatoria, por lo que

no puede afirmarse que el accionar de los médicos no se haya adecuado a las reglas del arte de curar.”

“Cuando lo que está en tela de juicio es la mala praxis médica deben tenerse en cuenta tres principios básicos: a) que la obligación objeto del sublite es de “medios” y no de “resultado”, donde la prueba del incumplimiento se identifica con la de la negligencia. No quedó acreditado el nexo causal entre las conductas del Dr.... y del centro oftalmológico demandado y el resultado dañoso, por cuanto éstos pusieron a disposición del actor todos los elementos de la ciencia y técnica médica para proveer a su tratamiento y curación.”

“La obligación del galeno no es de resultado, sino de medios, ya que se funda en el servicio que la ciencia de aquél debe conferir a los pacientes, y porque la ley y la ética médicas veda asegurarle al paciente un resultado, esto es, garantizarle la curación. Por otra parte, todo tratamiento médico cuenta con un margen de imprevisibilidad, lo que se denomina “álea”; de modo tal que aún tomando todos los recaudos necesarios, por diferentes motivos el resultado puede no ser el buscado. Sobre la base de tales premisas, no le asiste razón al apelante cuando intenta -sin fundamento jurídico alguno- sostener que la obligación del médico es de “resultado”.

“Deviene improcedente juzgar el accionar médico en función de los resultados obtenidos, pues el éxito en la prestación del servicio médico depende de un sin número de factores impredecibles.”

Importantes Consecuencias de la obligación de medios:

PARA IMPUTAR RESPONSABILIDAD HABRÁ QUE PROBAR CULPA:

es decir, no alcanza un mal resultado, el mismo debe ser producto de un accionar médico inadecuado, alejado de la lex artis por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los deberes a su cargo.

LA CARGA DE LA PRUEBA RECAE SOBRE EL ACREEDOR:

es decir, en principio, el paciente o sus familiares si son ellos los que reclaman, quienes deben probar las imputaciones, aunque como veremos, existe una corriente doctrinaria llamada “Doctrina de las cargas probatorias dinámicas”, que a fines de los ochenta comienza a introducirse lentamente en nuestra jurisprudencia, por influencia extranjera, que invierte la carga de la prueba, poniéndola en cabeza del profesional o la institución demandada. Esta doctrina se funda en el concepto que: “debe probar quien esté en mejor condición para

hacerlo”. De todos modos, la regla sigue siendo “quién alega debe probar”.

Al definirse la obligación de los médicos, como de medios, adquiere enorme trascendencia que la documentación ofrecida nos permita demostrar diligencia en el obrar profesional. Esto es central en la gestión de riesgo.

Ante un evento adverso en el proceso de atención médica, la documentación debe reflejar todo lo actuado para evitarlo, por un lado, y una vez que ocurrió, máxima diligencia en los cuidados para minimizar el daño.

¿Existe distinción entre las especialidades?

Comencemos con algunos fallos ilustrativos:

“Constituye un razonamiento simplista sostener, con base en que en los casos de cirugía plástica o estética la obligación del cirujano es de resultado, que cuando en estas intervenciones no se logra el éxito esperado –suprimir la fealdad del paciente o de la parte de su cuerpo que la ostentaba- esa no consecución del fin compromete, sin más la responsabilidad del cirujano...Pero ello no quiere decir, de ninguna manera, que toda operación de cirugía estética haga surgir, fatal o necesariamente, una obligación de resultado, ni que la sola no obtención del embellecimiento perseguido produzca responsabilidad objetiva del cirujano”. CNC, Sala G, 1999

“en el campo de la cirugía plástica el profesional médico no tiene plenas seguridades de éxito en la aplicación de su ciencia, técnica y arte sobre quien requiere su actuación, ya que no todas las reacciones del organismo son abarcables y controlables por ella. En las operaciones plásticas no cabe entender que el facultativo se obliga a lograr el resultado buscado por él y su cliente, sino más bien, a ejecutar con diligencia lo que la ciencia, la técnica y el arte médico indican como conducentes para ello, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. Ello así, el cumplimiento de las obligaciones asumidas por el galeno deberán valorarse con mayor rigor, pero ello no cambia el carácter de la obligación, de medios y no de resultados...” CNA. Sala A. 2005

“La obligación asumida por el médico es de medio, no de resultado, salvo casos excepcionales como la cirugía estética. El médico no está comprometido legal o contractualmente a curar, sino a tratar de hacerlo, aplicando técnicas y métodos científicamente correctos y poniendo la mayor diligencia en el ejercicio de su ministerio”. CNC. Sala 17. 1964

“La obligación de un médico que supone la emisión de un diagnóstico patológico basado en el análisis de un tumor, es una obligación de resultado”. CNAC, Sala D. 1999

Si bien la mayoría de los doctrinarios considera que, habiendo tantos imponderables biológicos, el médico asume siempre una obligación de medios, encontramos en la Doctrina opiniones encontradas respecto a las mencionadas especialidades, a las que se suman, en algunos casos la especialidad de Diagnóstico por imágenes, los exámenes de laboratorio y la subespecialidad de Implantes en Odontología.

La realidad es que existe un riesgo inherente al acto médico, siempre.

¿Qué ocurre con la información brindada al paciente?

La Ley que regula nuestro ejercicio profesional: **Ley 17.132, claramente en su artículo 20, PROHIBE GARANTIZAR RESULTADOS.**

Sumado a la enorme importancia adquirida en los últimos años de todo lo que respecta al Derecho de Autonomía del Paciente, y por ende el derecho a una correcta información, surge como obligación del médico, advertir los riesgos inherentes de las propuestas diagnósticas y/o terapéuticas, y plasmarlos en forma escrita en un Consentimiento Informado.

Lejos de prometer un resultado, el médico debe alertar al paciente sobre las posibles consecuencias negativas, y la falta de información, por si misma, puede ser motivo de condena, y transformar una obligación de medios, en una de resultados. Si bien excede el contenido de este artículo, es importante mencionar, que en estos casos, el profesional responderá por la falta de adecuada información, y no necesariamente por el daño o resultado adverso, siempre y cuando el mismo, sea un riesgo inherente al procedimiento realizado y no haya habido conductas negligentes.

Lamentablemente vemos, con cierta frecuencia, pacientes que refieren que el médico, al indicar un procedimiento o una cirugía, minimizó los riesgos y dio por sentado el éxito de la intervención, prácticamente garantizando un resultado.

Es muy importante brindar adecuada información, y plasmarla por escrito en un adecuado consentimiento informado.



El deber de Seguridad...es una obligación de resultado ?

Si bien este artículo está centrado en la Responsabilidad de los profesionales, dejando para un capítulo aparte la de las Instituciones, no podemos dejar al menos, de hacer una mención respecto a este tema tan trascendente.

El actual derecho de daños no enfoca su atención exclusivamente en quien produce un daño y en la necesidad de su sanción, sino que especialmente centra su preocupación en la persona dañada y en la reparación del daño.

Una de las figuras que surgen a la hora de prevenir los eventos dañosos reside en la denominada obligación de seguridad que introduce la responsabilidad objetiva, es decir, mira el resultado independientemente de la valoración de cómo sucedieron los hechos. Por ejemplo: el paciente sufrió una infección en la herida quirúrgica... ese es el resultado, independientemente de si se le hizo el baño prequirúrgico, recibió profilaxis, tuvo cuidados adecuados, era un paciente de riesgo....lo que importa desde la responsabilidad objetiva es que se infectó.

Definimos entonces al Deber de Seguridad como la Obligación que tiene una Institución, de preservar la integridad psicofísica de los pacientes que reciben atención médica en ella.

Un fallo a modo de ejemplo:

"Además, independientemente de la responsabilidad médica atribuida por culpa en la intervención profesional, existe una responsabilidad directa de la entidad asistencial que se ha obligado a dar atención médica al paciente, pues lleva implícita una obligación tácita de seguridad, de carácter general y accesoria, impuesta en el contrato de asistencia médica y que requiere la preservación de los contratantes pacientes" CNC. Sala M. 2012

Para hacer la realidad aún más compleja, este deber de seguridad se aplica también, en el caso de las Instituciones, en el contexto de la Ley de Defensa del Consumidor.



Comentarios finales:

A la hora de defender el accionar de un profesional, es fundamental poder analizar minuciosamente los hechos. Para hacerlo es indispensable contar con una buena documentación respaldatoria que nos permita responder todos los interrogantes que surjan: **estaba indicada la cirugía? Fue informado el paciente de las posibles complicaciones? Ocurrido el evento, se actuó rápidamente para minimizar las consecuencias?**

Poder dar respuesta a estos interrogantes, nos permitirá, sobre los pilares doctrinarios de la obligación de medios, una sólida defensa centrada en argumentos médicos que permitan explicar a un Juez como sucedieron los hechos, y le brinden herramientas a la hora de dictar sentencia.

Prevención de acciones por responsabilidad médica

Dr Horacio Eduardo Canto

horacio.canto@swissmedical.com.ar

Toda institución que preste servicios en salud está expuesta a distintos tipos de riesgos que, a fines esquemáticos podemos dividir en riesgos especulativos y riesgos puros.

Los riesgos especulativos incluyen: los riesgos de liquidez, del mercado, políticos, tecnológicos, con la posibilidad de pérdida de prestigio.

Los riesgos puros están constituidos por riesgos materiales, riesgos propios de la actividad, o sea aquellos producto de la operatoria habitual de una entidad que presta servicios en salud, y fundamentalmente los llamados riesgos por Responsabilidad Profesional Médica.

La opinión pública en los últimos años masivamente ha puesto especial interés en la praxis médica, estando los profesionales de la salud expuestos muchas veces a ser prejuizados simplemente por un resultado adverso, sin tener en cuenta los medios puestos en juego.

Los cuestionamientos al accionar médico comenzaron a acentuarse en los EE.UU. en la década de 1970, con el consiguiente advenimiento de litigios por la mal llamada " mala praxis ".

Con el propósito de analizar retrospectivamente lo sucedido, la PIAA (Physician Insurance Association of America), entidad que nuclea más de 60 instituciones aseguradoras que cubrían el riesgo en el país del norte, efectuó un relevamiento durante 25 años, sobre los motivos invocados para iniciar el litigio en unas 130.000 demandas.

Causas mas frecuentes de demandas en instituciones de salud (PIA A)

Causa alegada	N° Demandas	N° Demandas Perdidas
Desempeño inapropiado	40.104	12.500
Ningún problema médico	33.539	1.580
Error de diagnóstico	31.981	9.762
Falta de supervisión	9.511	3.255
Contraindicación	5.645	1.900
No realizado	4.576	1.797
Complicación no advertida	4.542	1.519

1. Saxton W. James, Leaman Thomas L.." Manage Care Success", Edit. Aspen, 1998.

¿Cuáles son las probables causas en nuestro país?

Probables causas
El fenómeno tecnológico y progreso de la medicina
Despersonalización
Situación de los hospitales públicos
Déficit de la formación universitaria
Desconocimiento de las leyes
Falta de toma de conciencia

En relación a las probables causas mencionadas, en nuestro medio puede decirse lo siguiente:

1. Es indiscutible que la medicina ha experimentado en las últimas décadas un avance muy grande, con el advenimiento de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos más complejos e invasivos, con consiguientes mayores riesgos de efectos adversos o complicaciones.
2. La realidad de tener que atender un gran número de pacientes en un tiempo escaso, lleva a un deterioro no sólo de la calidad médica, sino de la relación médico paciente, lo que lleva indiscutiblemente a una despersonalización y deshumanización, transformando al paciente en un caso más que debe ser evaluado de una manera menos exhaustiva, que lo que sería ideal.
3. Se suma a lo anteriormente dicho una realidad de los hospitales públicos en nuestro medio, cuál es el déficit presupuestario, lo que lleva a problemas de infraestructura y por ende una menor disponibilidad de recursos de distinto tipo, tanto para el estudio como el tratamiento de los pacientes, trayendo ello aparejado un mayor riesgo en el desempeño de los profesionales de la salud.
4. Llevando este déficit presupuestario a nivel educativo universitario, es válido sostener la hipótesis de una probable merma en la calidad de formación de nuestros médicos.
5. Finalmente puede afirmarse que en muchos casos el médico, todavía no ha tomado conciencia de esta situación, lo que sumado a cierto desconocimiento de las leyes, lo expone a un riesgo concreto de ser accionado legalmente, estadísticamente en la mayoría de los casos, sin motivos justificados, pero que por esa referida

falta de toma de conciencia, continúa efectuando su tarea asistencial en forma artesanal, sin tener en cuenta la imperiosa necesidad en la actualidad de fundamentar adecuadamente sus decisiones y su accionar.

¿ Cuáles puede pensarse son las reales causas ?

Según Vincent y Col en "¿Por qué la gente demanda a sus doctores ?", The Lancet ; 343: 1609-1613:

- comenzó a existir preocupación por el estándar de atención,
- deseos de explicaciones de lo ocurrido,
- las personas que no habían alcanzado el resultado esperado, querían que alguien se hiciera responsable,
- y finalmente, aunque no siempre, hay interés por una compensación económica.

Todo ello trajo aparejado una medicina defensiva, con aumento de los gastos médicos generados sólo con el propósito de evitar cuestionamientos y tener con qué fundamentar lo actuado.

Según el artículo clásico " The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II ", N Engl J Med 1991; 324: 377-384, se revisaron 30.195 historias clínicas en 51 hospitales del estado de Nueva York ; de dicho estudio se concluyó que:

- En el 3.7 % de los casos existió un evento adverso.
- Del total de eventos adversos un 69.9 % fueron atribuidos a errores médicos.

Proyectando el daño médico a todos los EE.UU. existían 1.300.000 lesiones anualmente, ascendiendo el costo total, (incluyendo diagnóstico de las complicaciones, su tratamiento, y el dinero necesario para compensaciones), aproximadamente a u\$s 50.000.000.000.- por año. Surgen aquí dos puntos trascendentes a destacar:

1. Los eventos adversos provocados por daño médico eran una realidad indiscutible en un pequeño porcentaje de casos.
2. Si bien ello era una realidad, estadísticamente sólo menos del 2 % del daño ocasionado por negligencias era compensado, sugiriendo la existencia de otros factores determinantes en la producción o no del reclamo.

Esos otros factores, analizando las bases de un correcto accionar médico, o sea una completa documentación, un adecuado consentimiento informado, y una buena relación médico-paciente-familia, esta última adquiere una importancia muy grande en la no producción de acciones por responsabilidad profesional. Observándose que difícilmente se iniciará un litigio, si el profesional demuestra





diligencia, buen trato y compromiso con el caso, debiendo considerarse por lo tanto a este, como uno de los factores que activan o frenan el reclamo.

La prevención de acciones por responsabilidad debe encararse en dos aspectos bien definidos:

- La capacitación profesional, el análisis, y la vigilancia sobre los distintos aspectos del desempeño del médico en forma individual.
- La identificación de los riesgos, su análisis, su tratamiento y la evaluación continua de los medios puestos en juego para la corrección de esos riesgos detectados en la operatoria de toda institución de salud, que puedan acarrear responsabilidad médica.

La disciplina encargada de crear el marco para este proceso es conocida en su lengua original como RISK MANAGEMENT, o en castellano administración de riesgos, siendo la prevención de acciones por responsabilidad médica, uno de sus principales objetivos, con el propósito de lograr su meta, que es minimizar el riesgo de daño y pérdidas, y por ende, salvaguardar el patrimonio institucional y de los profesionales.

La prevención y administración de riesgos tiene múltiples áreas de incumbencia. Tanto las medidas preventivas a nivel institucional, como a nivel individual con los profesionales, colaborarán para disminuir la incidencia de este fenómeno instalado en nuestro medio, como se dijo, por distintas razones, pero que indiscutiblemente constituye una realidad.

Analizando cuáles pueden ser barreras para que los médicos e instituciones se comprometan con los programas y con las medidas tendientes a evitar este tipo de acciones por responsabilidad profesional, surgen las siguientes:

- Falta de compromiso institucional: Tiempo requerido, compromiso financiero, percepción de su importancia.
- Temor a enfrentarse a temas conflictivos: médicos deteriorados, mal manejo de los problemas.
- Actitud pasiva: “ eso le ocurre siempre a otros “, “ es por eso que tenemos seguro “.
- Falta de percepción del problema: creencias equivocadas o preconcebidas.

Para que cualquier programa tenga éxito en disminuir la incidencia de este tipo de problemas, es sumamente importante vencer estas barreras.

Las áreas de incumbencia de los programas de prevención de riesgos, con el propósito de evitar acciones por responsabilidad médica son múltiples, pudiendo mencionarse

entre las principales las siguientes:

- Normativas/Procedimientos
- Documentación escrita
- Credenciabilidad
- Identificación de problemas
- Educación continúa
- Reclamos/Incidentes/Ocurrencias
- Normas regulatorias
- Control de infecciones
- Contratos
- Programas de seguridad
- Salud del personal
- Seguros

El “seguro” es uno de los principales recursos para transferir el riesgo, pero no es el único.

Por lo que, tomar medidas para disminuir las acciones por responsabilidad profesional implementando un adecuado programa de administración de riesgos, reportará a mediano y largo plazo seguramente, una significativa reducción de este riesgo, que está provocando serios inconvenientes en la operatoria de las instituciones y el desempeño de los profesionales en nuestro país.

En relación a los distintos puntos señalados más arriba, hay algunos trascendentes e imprescindibles, a saber:

- Toda institución organizada debe necesariamente tener normativas para todo tipo de procesos, tanto médicos como administrativos, en base a experiencias de sitios de referencia en la cuestión analizada. De esa manera la incidencia de eventos no deseados, sin lugar a dudas se reducirá significativamente.
- Una auditoría intensiva de los distintos tipos de documentación escrita, exigiendo parámetros mínimos de calidad, brindarán un invaluable medio de prueba ante algún cuestionamiento.
- La exigencia de un nivel curricular mínimo, que brinde seguridad con respecto a la capacidad profesional de los médicos, redundará en un adecuado nivel asistencial.
- La implementación de un programa de educación continúa sobre aspectos médicos y médico legales, será trascendente para lograr ese adecuado nivel asistencial, sumándose la toma de conocimiento de las pautas básicas de atención, o sea las pautas para elaborar una adecuada documentación, para la obtención en caso necesario de un consentimiento informado, y para

mantener una buena relación con el paciente, su familia, además de otros colegas.

- Además a nivel institucional, la implementación de un eficiente departamento de recepción de quejas, toma de conocimiento de incidentes u ocurrencias de distinto tipo, con el propósito de obtener una rápida identificación de los problemas.
- Finalmente el cumplimiento de las normas regulatorias en vigencia, implementación de programas de control de infecciones, seguridad, salud del personal, etc.

En síntesis, podemos concluir que las acciones para lograr que los riesgos de la actividad médico asistencial decrezcan, son múltiples, sea a nivel individual o institucional.

Su implementación logrará a través de un programa adecuado, no solamente disminuir la incidencia de acciones por responsabilidad profesional, sino que tenderá a mejorar los estándares de atención de los pacientes, lográndose de esta manera un doble beneficio que será indiscutiblemente positivo para los dos componentes del binomio comprometido, o sea el paciente y el médico/institución.

De esta manera, solamente persistirán los eventos adversos producto de una profesión en la cual seres humanos actúan sobre seres humanos, en los que muchas veces el resultado obtenido no es el deseado, pero pudiendo fundamentar y probar que los medios puestos en juego por los médicos fueron los mejores a su alcance y los más apropiados para los diferentes tipos de situaciones, algunas de ellas complejas, que tuvieran que enfrentar.



Interacción de los profesionales en Obstetricia

Dr Jorge E. Rodríguez

Es muy frecuente en internaciones obstétricas en sanatorios privados la interacción entre varios profesionales, por un lado el médico a cargo del monitoreo fetal, (habitualmente médico de guardia activa), por el otro el médico obstetra de cabecera que viene a atender el parto, y finalmente la obstétrica, que habitualmente forma parte del equipo del médico obstetra de cabecera.

Esta singular modalidad de atención, tiene implicancias medicolegales que el equipo de salud no puede desconocer.

Veamos cuales son las funciones de cada uno de estos profesionales:

- a) La obstétrica es quién habitualmente interna a la paciente y controla el trabajo de parto.
- b) El médico obstetra de cabecera (especialista en Obstetricia) supervisa a la partera y efectúa el parto o cesárea.
- c) El médico monitorista fetal (también especialista en Obstetricia) se encarga básicamente de efectuar el monitoreo fetal intraparto, y de informar al obstetra de cabecera el resultado del mismo. No obstante, en ocasiones, puede necesitarse de su participación para la atención de la paciente ante la ausencia del médico obstetra de cabecera.

Esta labor tiene sustento en la legislación vigente, que es la ley 17132, Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, y su decreto reglamentario 6216/1967.

La obstétrica tal como lo establece el Artículo 50 de la ley 17132 no podrá prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en Obstetricia.

En la práctica habitual este médico que menciona la ley, en los tiempos que corren casi siempre es un especialista en Obstetricia.

Asimismo la ley 11745, de la Provincia de Bs. As. en su artículo 2 dice:

Se considerará ejercicio profesional a las actividades que las obstétricas realicen en la atención de la mujer embarazada, el control de trabajo de parto y asistencia al parto en condiciones normales, así como el control y atención del puerperio inmediato y mediato normales. Es considerado asimismo ejercicio profesional la preparación psicofísica-profiláctica del embarazo y post-parto, y la ejecución de tareas destinadas a la promoción, fomento y/o control de la lactancia materna.

En la práctica pericial y asistencial, observamos que en muchas ocasiones la obstétrica se encuentra sola manejando y controlando un trabajo de parto con una hiperdinamia, con analgesia peridural, con estimulación con ocitocina, lo cual incrementa el riesgo de resultados adversos para la paciente y para el feto, y el riesgo médico legal para la partera y para el obstetra responsable de la asistencia del parto.

Existen algunas situaciones conflictivas o de riesgo, sobre todo cuando se presentan alteraciones significativas de la frecuencia cardiaca fetal, hiperdinamia, o macrosomía fetal, en la asistencia del trabajo de parto y del parto, a saber:

- a) partera controlando el trabajo de parto con medico obstetra de cabecera ausente, y con el monitorista fetal presente.
- b) partera controlando el trabajo de parto con monitorista y obstetra de cabecera ausentes, y con el médico obstetra de guardia activa presente en la institución.
- c) partera controlando un trabajo de parto patológico sin ningún médico obstetra presente en la institución.
- d) partera controlando el trabajo de parto con monitorista y obstetra de cabecera presente, con demora en la toma de decisiones.

En el caso a) debe comunicarse de inmediato al médico obstetra de cabecera de lo que está sucediendo, y mientras tanto, el monitorista fetal debe implementar los tratamientos que crea necesarios para diagnosticar y resolver las anomalías que se están presentando. No debemos olvidar que su condición de médico especialista (es decir, que tiene la capacitación necesaria y suficiente) lo obliga a intervenir para tratar de evitar resultados desfavorables.

Las acciones pueden variar desde disminuir el aporte de ocitocina, pasando por la reanimación fetal intrauterina, hasta la realización de una cesárea de urgencia.

En el caso que existiera negativa por parte del monitorista en brindar asistencia a la paciente, de existir un resultado perinatal adverso, su responsabilidad indudablemente estará comprometida.

En el caso b) la partera deberá comunicar de inmediato al obstetra de cabecera, así como al médico obstetra de guardia activa. La toma de decisiones compete al primero que llegue, interpretándose que muy probablemente sea el de guardia activa en la institución.

En caso que existiera negativa por parte del obstetra de guardia en brindar asistencia a la paciente, de existir un resultado perinatal adverso, su responsabilidad estará igualmente comprometida como en el caso anterior.

En el supuesto del caso c) la partera y el obstetra de cabecera debieran en lo posible prevenir, y evitar que la primera esté sola a cargo de la atención de la embarazada.

De no poderse evitar tal escenario, la partera deberá llamar de inmediato a un médico obstetra, pero sin dejar de atender a la gestante.

En el supuesto d), si esta demora en la toma de decisiones implica un resultado perinatal desfavorable generará responsabilidad solo para los médicos obstetras, puesto que son los obligados a hacerse cargo del parto patológico.

La partera se ubica en un segundo plano en cuanto a la responsabilidad puesto que no debe participar.

Para ver qué nos dice la jurisprudencia acerca de algunos de estos supuestos, resultan ilustrativas las siguientes sentencias judiciales.

Para el supuesto C, es representativa la siguiente sentencia donde se condena a la institución, y a la obra social, y se rechaza la demanda contra la partera:

“En cambio, otra va a ser mi postura con relación a la partera interviniente. En efecto la peritación técnica es concluyente en punto a que la atención de este parto en particular debió ser atendido por un médico obstetra y no por una partera. El parte quirúrgico figura solo firmado por la mentada partera y donde dice Dr. M... no figura firma alguna. La partera no está habilitada para realizar la operación cesárea.

A mayor abundamiento no consta en la historia clínica que se haya efectuado un control de peso corporal fetal del embarazo por parte del médico obstetra.

Comparto, por lo demás, la opinión de la Defensora de Menores e Incapaces en cuanto a que la partera tuvo que



obrar ante la “desidia” de los médicos obstetras de guardia, los que pese a ser llamados en reiteradas oportunidades no concurrieron a atender a la actora. Al contestar las impugnaciones a fs 333/334 el experto es terminante al expresar que la partera no abandonó a la paciente a su suerte, lo que le habría causado un gravísimo riesgo de muerte materno-fetal, sino que procedió a atender el parto, no pudiendo realizar ninguna otra conducta activa, ya que la operación cesárea solo la decide el médico. En suma, la demanda no tendrá favorable acogida contra esta requerida, pues ha obrado con la debida diligencia.”

Autos: O.N.B c/ O.S.D.P.D.L.C y otros s/ Daños y Perjuicios. Responsabilidad profesional.

En este caso existió una macrosomía fetal, pasible de una indicación de cesárea; la cual generó una severa distocia de hombros, la que debió haber sido resuelta por el médico obstetra, con las maniobras correctas.

Como consecuencia que el parto fue atendido por la partera, al no poder implementar las maniobras indicadas por no tener la capacitación necesaria para este parto distócico, según la peritación médica, la niña quedó con: un síndrome radicular superior de Duchenne – Erb, un síndrome radicular medio del plexo braquial y un síndrome radicular inferior de Dejerine-Klumpke.

Todas estas secuelas fueron consecuencia de la inadecuada asistencia del parto.

Para el supuesto del caso d) es ilustrativa la siguiente sentencia donde se condena al médico obstetra, a la institución y a la obra social, y se rechaza la demanda contra la partera:

“Así las cosas, no queda al suscripto duda alguna respecto que D. se encontraba desde largos minutos antes de su nacimiento a las 19.40 hs. presentando un cuadro de sufrimiento fetal agudo, siendo la bradicardia advertida por el médico tratante quien, con mayor o menor pericia -pero a la luz de los acontecimientos con pobres resultados efectuó prácticas médicas tendientes a la oxigenación del feto. Allí, persistiendo los problemas y ante la falta de descenso, según el perito, resultó adecuada la decisión del obstetra de someter a la Sra. B. a una operación cesárea de urgencia, más por razones que no pueden ser del todo dilucidadas, la operación demandó 40 minutos, circunstancia ésta que resultaría, en principio, claramente configurativa de un supuesto de impericia o negligencia del profesional imputado.

En efecto, admitiendo tal como dice el experto y se desprende de las más elementales normas no solo del lenguaje sino de la lógica, que cesárea de urgencia quiere decir que “debe extraerse el feto en el menor tiempo posible” (sic) las circunstancias que rodearon la disección de la cicatriz de una cesárea anterior (cuestión de carácter puramente estético) –práctica ésta respecto de cuya realización existe coincidencia entre las partes- aun resultando probablemente insignificante en el contexto global del retraso del procedimiento quirúrgico de nacimiento de Delfina (en tanto conforme señala el perito a fs. 1595 pto. 23, no habría atrasado el nacimiento en más de uno o dos minutos) si resulta demostrativa, a juicio del suscripto, o de la falta de atención de J. respecto de los verdaderos síntomas de sufrimiento fetal, de su gravedad o de su impericia para llevar a cabo en forma ordenada y rápida el nacimiento, distinguiendo para ello lo principal de lo accesorio.-

Cabe señalar por último, que el Dr. J. al momento de formular sus puntos de pericia solicitó al experto que se expidiera respecto de la “factibilidad” de que el procedimiento de cesárea de urgencia pudiera llevar los 40 minutos que demoró la realizada a la Sra. B. Dicha pregunta recibió respuesta afirmativa atendiendo a la posibilidad de “problemas del operador, por tumores como miomas, por un problema de anestesia, por un problema de mal funcionamiento del respirador, falta de oxígeno” (sic). Respecto de ello cabe aclarar, en primer lugar que ninguna de dichas causales fue siquiera invocada por los accionados en sus escritos de responde, resultando por lo demás, que salvo lo relativo a la existencia de un tumor, las restantes causales señaladas entiendo que ejemplificativamente, también harían recaer la responsabilidad en los demandados.-

f) Finalmente, respecto del completo informe (y sus aclaraciones) realizado por el perito médico legista Dr. C, solo cabe señalar que el mismo sostiene que por las razones allí expuestas (a las que cabe remitirse en honor a la brevedad), sostiene que la parálisis cerebral padecida por

B guardaba relación de causalidad (causalidad adecuada como la definimos jurídicamente en los términos del art. 901 del Cód. Civil) con el prolongado sufrimiento al que fue sometida en las instancias previas a su nacimiento.”

Autos: B. R. c/ J.G.F s/ daños y perjuicios.

En este caso se presentaron alteraciones significativas de la frecuencia cardíaca fetal objetivadas en el monitoreo fetal, ante las cuales hubo un retraso por parte del obstetra de cabecera en llevar a cabo la operación cesárea. El neonato demostró manifestaciones de haber padecido una asfixia severa intraparto, evolucionó a una parálisis cerebral, y finalmente falleció como consecuencia de las complicaciones derivadas de esta afección.

Conclusión

Como conclusión final, debe destacarse que es necesario que los profesionales actuantes conozcan integralmente cuáles son sus obligaciones y funciones, lo cual les permitirá limitar la posibilidad de tener resultados adversos que puedan generarles responsabilidad profesional.



BIBLIOGRAFIA:

1. Banti Enrique. Aspectos médico legales relacionados con el uso del monitoreo fetal. Cuadernos de Medicina Forense, año 4 – nº 2 (45-49).
2. Urrutia, A.R., Urrutia D. M., Urrutia, C.A. y Urrutia, G.A. Responsabilidad médico-legal de los obstetras. Ediciones La Rocca. 1995.
3. Guía de procedimientos en Obstetricia basados en la evidencia. Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As. Distrito III, tercera edición 2009, Fondo de resguardo profesional.
4. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. Alvarez Gonzalez F, y otros. Cuad. Med. Forense 2007; 13(47):9-19.
5. Ley 17132. Régimen legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares de las mismas.
6. LEY 11745/95, de la Provincia de Buenos Aires.



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

