

“CURSO ACTUALIZACIONES EN EMERGENCIAS MÉDICAS”

MEDICINA LEGAL EN LA EMERGENCIA. 02/10/08

Dr. Roberto Víctor Cohen.

Médico Especialista en Clínica Médica y Medicina Legal.

Médico Forense de la Justicia Nacional.

Consultas a: robertocohen@speedy.com.ar

La atención médica durante las urgencias y emergencias, se encuadra dentro de los aspectos generales de las obligaciones, deberes, misiones y funciones, prohibiciones y derechos que los profesionales de la medicina deben observar y hacer observar; agregándose elementos propios de lo imprevisto y cambiante que conforman a la emergencia; sobre todo cuando la patología es el Trauma. Sin lugar a duda que la responsabilidad profesional surge del apego a las leyes y normas vigentes, y que el incumplimiento de los procedimientos en los que se fundamentan los códigos Civil y Penal darán lugar a delitos pasibles de sanción. La forma más habitual de incumplir con la Ley es desconocer sus alcances; y aún cuando quienes actúan en la emergencia sean peritos en su disciplina, el exceso de confianza puede terminar traicionándoles. Por ejemplo: ¿Quién no conoce cómo se conforma un equipo quirúrgico?...¿Quiénes lo integran? ¿Cirujano, Ayudantes, Instrumentador, Anestesiólogo, Cardiólogo?. Respuesta: lo habitual es decir que todos conforman el equipo, pero la realidad de la Ley dice que el equipo está conformado por el Cirujano, sus Ayudantes y el Instrumentador; siendo el Jefe del equipo quirúrgico el último responsable por la actuación de ellos. Tanto el Anestesiólogo como el Cardiólogo o Monitorista son entes de trabajo autárquico, con responsabilidades propias, los cuales no deben rendir cuentas al equipo. Esto permite entender los litigios que obran en la jurisprudencia al intentar establecer responsabilidades frente a una demanda por mala praxis durante una cirugía, ya que las mayores controversias se ven en las exposiciones que enfrentan a cirujanos con anestesiólogos o a Cardiólogos con anestesiólogos y viceversa.

Cada 100 demandas iniciadas por responsabilidad profesional 50 no prosperan. De las 50 que prosperan, 10 lo hacen en el fuero civil y 1 prospera en el ámbito penal. Lo que significa que cada 100 médicos 1 perderá su matrícula a lo largo de la carrera por el tiempo que la pena estipule; y 10 profesionales deberán resarcir económicamente por el daño producido. De lo que seguramente ninguno de los demandados estará exento es de sufrir las consecuencias psicofísicas del

llamado Síndrome Judicial, que es la somatización física y psicológica por el estrés que genera el hecho de afrontar una demanda judicial.

Al momento de repartir culpas: **“la responsabilidad penal es indelegable”** y **“la responsabilidad civil es compartida”**, por lo cual penalmente responderá con su matrícula quien sea considerado responsable directo; y económicamente responderán todos aquellos que hayan intervenido para provocar un daño pasible de recompensa. La retribución será estimada según el grado de responsabilidad.

Los profesionales podemos ser demandados por impericia (falta de pericia o conocimientos), imprudencia (falta de prudencia o actuar por demás), negligencia (falta de diligencia o actuar de menos) e incumplimiento de las funciones al cargo (no actuar de acuerdo a las misiones y funciones encomendadas). Todas las figuras legales descritas entran dentro del hecho culposo, o sea sin la intención de dañar, lo que disminuye la gravedad de la pena. Los actos médicos de responsabilidad profesional siempre se juzgan dentro de la culpa y no del dolo, ya que se supone que no existe intención de provocar un daño al cuerpo o la salud.

Ajustados a derecho debemos decir que **“No hay pena sin culpa”** y **“No hay culpa sin daño”**. Por lo cual debe demostrarse la existencia de un daño para que al médico le quepa la culpabilidad y se le aplique una pena.

A los fines de obtener pruebas condenatorias, la historia clínica y la documentación médica cumplen un rol fundamental, es por ello que se insiste en que toda actuación médica debe ser discutida en equipo y las decisiones a aplicar deben quedar por escrito: **“Lo que no está escrito no está hecho”**. La actuación conjunta siempre es contemplada por la Justicia como un elemento atenuante al momento de repartir culpas. **“Cuando termina la discusión comienza la responsabilidad”**.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ARGENTINA EN CUANTO A RESPONSABILIDAD PROFESIONAL. La imputabilidad por mala praxis tiene su punto de partida en la culpa médica, la cual se basa en un error técnico-científico o en el incumplimiento del deber de vigilancia y de información al paciente, con una endeble relación médico-paciente y muchas veces un consentimiento no declarado.

En Argentina, la obligación profesional es de medios, también llamada de diligencia y sólo en algunas especialidades es de resultados o determinada: cirugía plástica, anatomía patológica, un análisis de laboratorio o un electrocardiograma.

Entre 1970 y 1985 se registraban 150 juicios profesionales. Entre 1991 y 2000

la cifra asciende a 10.000 casos. Se proyecta para el año 2010 que todos los médicos en actividad hayan pasado por algún litigio.

Las demandas se orientan el 68% a clínicas, hospitales, obras sociales y prepagas. Hacia los médicos el 32%.

En 2004 los montos reclamados ante la Justicia eran 3600 millones de pesos y a fines de 2005 llegaron a 4000 millones. Se proyecta para 2010 que los montos se quintupliquen. Pero aún, cuando el profesional resulte absuelto, el beneficio de litigar sin gastos obliga al médico a pagar el 50% de las costas (honorarios de peritos y abogados), lo que representa al día de hoy un promedio de 33.000 pesos.

De los 110.000 médicos en actividad, solo el 60% tiene seguro médico.

El análisis de 100 casos de mala práctica, seleccionados al azar, muestra que la intervención quirúrgica es el acto médico más cuestionado en un 24%, seguido en un 17% por la anestesia, y el tratamiento otro 17%.

Las prácticas médicas de urgencia han sido objeto de la demanda en el 48% de los casos analizados y el 46% de las prácticas programadas.

En 2002, los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires tuvieron 471 demandas por 158 millones de pesos. La mayoría de las demandas se originaron con la muerte del paciente, a predominio del sexo femenino en la franja etaria de 26 a 40 años. Los profesionales más cuestionados han sido cirujanos, varones de mediana edad.

Para que exista posibilidad de litigio por responsabilidad profesional, el esquema propuesto por Nerio Rojas incluye:

El actor: un médico con diploma y título habilitante.

El acto: el accionar médico, quirúrgico, el rescate y/o la actuación en el trauma o la emergencia.

El elemento objetivo: el daño en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte.

El elemento subjetivo: la culpa por impericia, imprudencia, negligencia o incumplimiento de las funciones al cargo.

La relación de causalidad: la que debe existir entre el acto médico y el daño, la cual debe seguir una línea directa sin ninguna interferencia.

BIOSEGURIDAD. Protegerse, no es discriminar. Sin lugar a dudas, en la emergencia todos los hechos ocurren rápidamente, y muchas veces en forma

inesperada; el profesional está expuesto a fuentes de contagio capaces de provocarle una inactividad temporaria o permanente, si llega a contraer enfermedades infectocontagiosas. La Ley de Ejercicio Profesional es muy clara al decir que el médico tiene prohibido ejercer mientras curse una patología capaz de ser transmitida por sus actos.

INGRESO DE PACIENTES. La responsabilidad del equipo de salud es constatar si quien ingresa a la guardia, quirófano o sala, es quien dice ser y si cumple con las características identificatorias.

INGRESO DE PACIENTES INCAPACES. La responsabilidad del equipo de salud es constatar la existencia de consentimiento escrito. En algunas instancias los miembros del equipo pueden ser testigos calificados. Debemos recordar que ante la Ley se considera menor de edad a aquellos que no han cumplido 21 años, y que los llamados incapaces no son solo quienes tienen algún tipo de déficit físico o mental sino quienes aún siendo mayores de edad, por estado de inconciencia no puedan tomar decisiones por voluntad propia. La Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, considera que toda persona mayor de 18 años, en condiciones de comprender su situación, tiene la capacidad para consentir y decidir sobre su salud, su cuerpo y el derecho en cuanto a tratarse y/o internarse.

EGRESO DE PACIENTES. El egreso de pacientes puede producirse por cuatro motivos: Alta médica, derivación a otro centro asistencial, fallecimiento y/o egreso sin alta médica. La fuga no se aplica a pacientes que no se encuentren detenidos. Solamente se fugan aquellos internados que se encuentran bajo custodia.

ELEMENTOS CON VALOR PERICIAL. El paciente debe ingresar a quirófano sin objetos. Caso contrario quedarán en custodia del instrumentador hasta finalizar el acto. Siempre debe dejarse por escrito el destino de ropas y objetos.

ELEMENTOS INTRACORPORALES. Identificar los elementos recuperados para ser entregados al Jefe de equipo a los fines que estime corresponder. La constancia escrita en la historia clínica y libros de reporte diario es un elemento de prueba al momento de las peritaciones.

DESTINO DE PIEZAS ANATÓMICAS. Proveer de elementos para la correcta conservación, identificación y traslado sin posibilidad de deterioro, contagio o contaminación.

MANEJO DE CADÁVERES. Colaborar en el acondicionamiento del cuerpo en casos que el fallecimiento se produzca en el quirófano, shock room o sala de internación. Informar a la familia lo sucedido y elevar por escrito lo actuado a las distintas jefaturas. Una buena relación médico-familia evita en muchos casos demandas aún habiendo fallecido el paciente, ya que una explicación a tiempo puede ahorrar horas de declaración judicial al personal actuante en un acto médico.

DOCUMENTACIÓN HOSPITALARIA. La documentación hospitalaria quedará bajo tutela del instrumentador mientras permanezca en el área quirúrgica, pero la responsabilidad última es del Jefe de equipo quirúrgico. En las salas de internación las historias clínicas y exámenes complementarios deben estar al alcance de quien lo requiera las 24 hs. Recordar que la historia clínica tiene un único dueño: el paciente, y que no se le puede negar el derecho a obtener una copia. Se aconseja no entregar el original, salvo requerimiento judicial que así lo establezca. Si esto ocurre debe foliarse toda la documentación incluyendo exámenes de laboratorio y por imágenes, debiendo ser firmada cada hoja por autoridad sanitaria responsable. Los documentos se escriben con negro, no se tacha ni se enmienda. Se debe firmar y aclarar con sello o en forma manuscrita. El anonimato no exime de responsabilidad. No debe utilizarse abreviaturas ni signos.

CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN. El médico tiene obligación por Ley de hacerse cargo de sus muertos. La Ley lo impulsa a certificar la muerte, pero no hay obligación de dar los diagnósticos de fallecimiento si los desconoce. Debe esforzarse el profesional por recavar antecedentes respecto a la última enfermedad, y si hay sospechas de que las causales de muerte sean violentas. El certificado de defunción debe ser confeccionado de puño y letra, aclarando que se trata de un paro cardíaco y respiratorio no traumáticos, lo cual implica que el hecho a sido no violento. Frente a situaciones de violencia (suicidios, homicidios y accidentes) o muertes de causales desconocidas, debe darse intervención policial a los fines de realizar estudios de autopsia que descarten o confirmen la etiología no natural del óbito. Solamente podrá firmar el certificado de cremación el mismo médico que realizó la certificación de defunción, dejando expresa constancia escrita de que en las causales de fallecimiento no han mediado situaciones de violencia y que no existen conflictos que requieran estudios genéticos o periciales. A los fines de dar cumplimiento con la

Ley, los profesionales deben estar anotados en el Registro Civil del Distrito donde desarrolle sus actividades asistenciales; caso contrario, las certificaciones emitidas carecerán de validez al momento de la inhumación.

Es frecuente que el médico sea “presionado” a firmar un fallecimiento. La obligación es la de certificar la muerte, a lo cuál sí está obligado; pero no hay ninguna obligación de conocer los diagnósticos de muerte. Por ello es importante que exista un diálogo fluído entre el médico y la familia del fallecido, a fin de acordar los pasos a seguir para una correcta, rápida y segura inhumación. No rotular a los pacientes politraumatizados ni a los cadáveres, como que todos son iguales.

TRASLADOS PREHOSPITALARIOS. El traslado de pacientes hasta el ámbito hospitalario, requiere de la presencia del médico, sea cual fuere la gravedad del caso. En ambulancia, el médico debe ubicarse en la parte trasera del móvil.

TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS. El traslado de pacientes en el ámbito hospitalario, cuando se desconoce la gravedad del caso, o sabiendo la cinemática del trauma, requiere del acompañamiento médico.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN PRIVADA. Al paciente y a la familia debe darse la información en forma clara, completa, ordenada e ilustrativa. Debemos asegurarnos que lo actuado a sido comprendido. Existen importantes diferencias entre informar y comprender; el médico debe asegurarse que lo informado a sido comprendido, caso contrario, puede considerarse el acto médico como incompleto.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA. A los medios de comunicación debe darse la información en forma clara, completa, ordenada e ilustrativa... previa autorización del paciente, su familia y/o el juzgado interventor. Abstenerse de dar apreciaciones personales que puedan modificar o manejar la información.

PROPUESTAS PARA EVITAR LA MALA PRAXIS EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS.

- Formación universitaria intensiva en los estudios de pregrado y posgrado.
- Reconocimiento de la Emergentología como especialidad a nivel nacional.
- Entrenamiento periódico de posgrado con recertificación de títulos.
- Remuneración médica digna que deje de justificar el exceso de tareas.
- Relación médico-paciente-familia adecuada.

- Consentimientos informados adecuados al paciente en la urgencia.
- Reducción de la medicina defensiva desmedida, invasiva y riesgosa.
- Mayor conocimiento de las normas legales que rigen la profesión.
- Reducción de la industria del juicio por parte de abogados en beneficio propio.
- Reducción del plazo de prescripción de causas por responsabilidad profesional.
- Modificación del beneficio de litigar sin gastos.
- Reforma del Código Penal (artículos 84 y 94).
- Limitación de los montos indemnizatorios.
- Obligación del informe técnico profesional frente a demandas.
- Mayor participación de los Comités de Ética y Grupos de Gestión de Riesgo.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA.

Achával A. Responsabilidad Civil del Médico. Ed. Abeledo-Perrot (Buenos Aires), 2º edición, 1996.

Bonnet E. Medicina Legal. Ed. López (Buenos Aires), 2º edición, 1993.

Fontan Balestra C. Derecho Penal. Ed. Abeledo Perrot (Buenos Aires), 14º edición, 1993.

Gisbert Calabuig J. Medicina Legal y Toxicología. Ed. Masson-Salvat (Barcelona), 4º edición, 1992.

Patitó J. Medicina Legal. Ed. Centro Norte (Buenos Aires), 1º edición, 2000.

Patitó J. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ed. Quorum (Buenos Aires), 1º edición, 2003.

Vázquez Fanego H. Investigación Médicolegal de la Muerte. Ed. Astrea (Buenos Aires), 1º edición, 2003.

Yungano A. Derecho Civil. Ed. Jurídicas. (Buenos Aires), 1º edición, 1990.