

CAPITULO I-102

Responsabilidad civil y penal
del médico cirujano
Enciclopedia Cirugía Digestiva
F. Galindo y colab.

RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DEL MEDICO CIRUJANO

Alberto R. Ferreres

Profesor Adjunto de Cirugía *

Jefe de Servicio Cirugía General, Hospital Escuela Gral. San Martín*

Médico Forense de la Justicia Nacional

*Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Contenido:

- Antecedentes históricos
- Los juicios por responsabilidad profesional médica
- La responsabilidad profesional del Cirujano
- El consentimiento informado quirúrgico
- La responsabilidad profesional del Médico residente de cirugía
- Relación médico cirujano-anestesiólogo
- La documentación médica
- Conclusiones y recomendaciones

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el transcurso de la historia de la Cirugía y del Derecho, la responsabilidad del cirujano ha sido admitida y reconocida siempre.

FERRERES AR: Responsabilidad civil y penal del médico cirujano. Enciclopedia Cirugía Digestiva F. Galindo y colab. www.sacd.org.ar 2014; Tomo I.102: pag. 1-17

En la antigua Persia, se autorizaba el ejercicio de la profesión después de haber tratado con éxito a tres enfermos indigentes. El Código de Hammurabí, el conjunto de leyes más antiguas que se conoce, no habla de los médicos sino exclusivamente de los cirujanos, cuya actividad aparecía regulada mediante

honorarios y castigada cuando se cometían errores. Así en la Ley 218 establecía: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se le cortarían las manos”. Esta reglamentación se aplicaba en caso de que el paciente fuera un hombre libre, en caso contrario, el castigo consistía en la reposición de otro esclavo.

En el antiguo Egipto, el Libro de Toth especificaba reglas profesionales y condenaba a muerte a los médicos que ocasionaban daño al apartarse de las normas allí establecidas.

En la India (siglo III a.C.), el Código de Manú establecía castigos para tratamientos incorrectos y prohibía a los médicos prestar asistencia a los criminales.

Los cirujanos aztecas abandonaban a sus pacientes cuando los augurios mágicos determinaban días adversos en el calendario. Practicaban la eutanasia y ejercían una severa autoridad social.

En Grecia estaban prohibidos el aborto y la castración. A partir de la Escuela de Kos, la medicina griega alcanza su mayor apogeo apoyada en un criterio racional y natural. Hipócrates, líder de esa escuela, trazo las bases de los principios éticos vigentes hasta hoy y estableció de manera específica las obligaciones del médico, la protección del paciente, el respeto a los maestros y colegas, el secreto médico, la moderación en los honorarios y el rechazo a la eutanasia.

La denominada Ley Aquilia (Roma, siglo III a.C.) protegía a los pacientes de la negligencia o imprudencia del accionar médico con normas básicas sobre el concepto de responsabilidad. Asimismo, se admitía que la relación médico-paciente era una forma de arrendamiento

de servicios, un contrato consensual de uso frecuente, de gran utilidad práctica y para el cual no se exigían formalidades especiales, pudiendo manifestarse el consentimiento por cualquier medio.

En 1140, el rey normando Roger tuvo la inquietud de controlar la responsabilidad médica y decretó que: “...quien desee ejercer la medicina deberá presentarse ante nuestros oficiales y examinadores para someterse a su juicio. De esta manera velamos porque nuestros súbditos no se vean expuestos a la inexperiencia de los médicos”. Probablemente sea éste el primer contralor estatal sobre la actividad galénica.

Existen numerosas alusiones a los errores y a la inexperiencia de los médicos, a menudo plenas de humor, en obras teatrales y literarias, en las obras de Shakespeare, Cervantes y muy especialmente, Moliere.

No obstante, la consolidación jurídica de la responsabilidad profesional médica surge en Francia en el siglo XIX cuando 2 médicos, los doctores Helie y Thouret Noroy, con 7 años de diferencia, ocasionaron daños a dos de sus respectivos pacientes. Llevada la cuestión ante la justicia civil, ésta concluyó en la existencia de imprudencia y negligencia en ambos casos, condenando a ambos médicos al pago de indemnización. En ambos casos existió una apelación ante el Tribunal de Casación de Paris, correspondiendo al Procurador General de Justicia emitir opinión fundada. El fiscal Dupin emitió en 1833 su célebre dictamen: “...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 fun-

damental: 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” (3).

En los EEUU, los juicios por malapaxis han tenido un aumento vertiginoso en los últimos 50 años. Representan un componente fundamental en el aumento de los costos de la atención médica y quirúrgica y originaron lo que algunos autores definen como “Medicina defensiva”. Además representan una preocupación para los profesionales del arte de curar. No obstante, debe aclararse, que a diferencia de lo que sucede en nuestro país, no existe el reclamo criminal (“tort”) contra los médicos (1).

En nuestro país, el primer antecedente corresponde a la sentencia de la Cámara Nacional del Crimen del 14 de abril de 1910, originada en un accidente anestésico. Posteriormente, el 20 de abril de 1918, el segundo fallo corresponde a la Cámara de Apelaciones de San Nicolás. Hacia 1936, se habían registrado 4 casos en los repertorios de jurisprudencia (Isaac Halperín: La responsabilidad civil de los médicos por faltas cometidas en el desempeño de su profesión, LL 1- 217, 1936). Alsina Atienza en su artículo “La carga de la prueba en la responsabilidad del médico: obligaciones de medio y de resultado” (JA, 1958-111-588) aporta cuatro casos más. Hacia 1970, se informan más de 50 causas iniciadas, según J. Mosset Iturraspe (“Responsabilidad civil del médico”, Ed. Astrea, 1979). A partir de esa fecha y sobre todo en la última década, se ha asistido a un

crecimiento notable en los reclamos por responsabilidad profesional médica, tanto en la esfera penal como civil, siendo la Cirugía General una de las especialidades más castigadas.

LOS JUICIOS POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

La denominación habitual de “juicios por malapaxis” no es la correcta, ya que quien determinará la existencia de malapaxis es el Tribunal a través de su sentencia, una vez recibido el informe de los peritos, tanto de parte como oficiales y muy especialmente, del Cuerpo Médico Forense.

Son varios los motivos que explican el aumento de este tipo de reclamos:

Déficit en la relación médico-paciente. A menudo el quiebre de este vínculo o la pérdida de confianza resultan fundamentales para el inicio de un reclamo.

Despersonalización de la actividad quirúrgica: frente a las actuales exigencias laborales, la medicina y la cirugía se ocupan de enfermedades y no de enfermos.

Mayor conocimiento del tema a través de los medios de difusión: existe una penetración del tema en la población con una concientización creciente, un mayor conocimiento del error y por ende, mayor posibilidad de reclamo.

Mayor exigencia de resultados favorables; muchas veces los cirujanos no advierten o informan de los eventuales riesgos que implica una conducta intervencionista y luego, frente a un hecho adverso o una complica-

ción desfavorable, el enfermo y sus familiares se ven sorprendidos.

Falta de información acerca de la enfermedad y su pronóstico: la falta de tiempo y la inexistencia, en épocas de medicina multidisciplinaria, de un médico de cabecera, lo explican.

Ignorancia de los riesgos y de un eventual desenlace desfavorable: muchos tratan de disminuir este factor mediante la firma del documento de consentimiento.

Interés pecuniario de las partes: con frecuencia, la posibilidad de una indemnización o el cobro de un seguro tienta a los familiares de una víctima al reclamo.

Existencia de abogados y colegas médicos inescrupulosos, que no dudan en incitar al inicio de un juicio.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL CIRUJANO

Se deben distinguir 3 conceptos fundamentales que son los siguientes:

- Malapaxis
- Patoiatrogenia
- Responsabilidad profesional médica

MALAPRAXIS

Es la desviación de los estándares de cuidado aceptados, que causa un daño en la salud del paciente. El Diccionario de Derecho Black la define como: "la omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que de por resultado cierto perjuicio a éste"

El concepto está integrado por 3 elementos:

- a) Violación de los estándares de cuidado: el cuidado dispensado guarda una brecha y se ha apartado de los parámetros comparativos de adecuada calidad de atención quirúrgica. Indudablemente, la tarea del perito especialista será definir, a priori, cuál es el estándar de cuidado esperable o aplicable en el caso en cuestión.
- b) Nexo de causalidad: implica que el resultado obtenido debe ser consecuencia directa del accionar u omisión del profesional, o sea que debe acreditarse una relación causa-efecto.
- c) Daño: la existencia de un daño o incapacidad es un elemento indispensable para la acreditación de una conducta de malapaxis, ya que la ausencia de lesión, daño o incapacidad es impedimento para su concreción.

PATOIATROGENIA

El término "iatrogenia" usado habitualmente es incorrecto, ya que etimológicamente significa "originado en el accionar médico". Patoiatrogenia implica todo daño ocasionado o resultante, de manera directa o indirecta, por la actividad del médico. Este concepto ha sido reemplazado desde hace más de una década por el de error en Medicina y por extensión, error en cirugía. El error en medicina, mal denominado error médico, puede definirse como "la acción desacertada o equivocada que sucede en el ejercicio de la ciencia o arte de precaver o curar las enfermedades del cuerpo humano" y se origina en la producción de errores humanos en el proceso de atención médica. Su consecuencia puede ser seria o potencialmente seria para el paciente y el error en cirugía

corresponde a los errores en el proceso de atención quirúrgica ⁽⁵⁾. Estos errores incluyen:

- a) los errores del cirujano individual, siendo los más característicos los vinculados al juicio o criterio y los de índole técnica.
- b) los errores sistémicos, atribuibles al sistema u organización en todos sus niveles (equipo, sector, sección, servicio, institución, región, etc.)

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

Consiste en 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.

Una sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en los autos "López C y otro c/ Sanatorio Beltrán s/ daños y perjuicios" sostuvo: "La responsabilidad profesional es aquella en la que incurre el que ejerce una profesión al faltar a los deberes especiales que ésta le impone y requiere, entre otros, el médico debe poseer el caudal de preparación que comúnmente tienen los de su profesión, es decir: le incumbe emplear los ordinarios cuidados, pericia y diligencia que guardan los médicos y cirujanos de la localidad en casos iguales, responde por los daños derivados de la ignorancia de los conocimientos necesarios y de pericia, de la omisión de las razonables atenciones o por no haber empleado su mejor juicio".

En este extracto están condensadas, de la mejor manera posible, las variables de la RPM y la vara de exigencia que se le solicita al profesional, que nunca es la de máxima sino comparativa con otros profesionales de su zona y en circunstancias similares.

La RPM, si bien es una sola, tiene 3 aspectos: penal, civil y administrativa.

El ordenamiento legal que regula la actividad médica incluye:

Los Códigos de fondo (Penal y Civil), que contienen la normativas básicas.

Los Códigos de forma (Procesal Penal y Procesal Civil), que establecen la metodologías del proceso en ambos fueros.

Otras disposiciones: Ley 17132/67 de Ejercicio Profesional, Ley 26529/09 de los Derechos del Paciente y su modificación por la ley 26742 y la ley 26812, Ley 153/99 Básica de Salud (rige en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

ASPECTO PENAL

Desde el punto de vista penal, toda infracción a alguno de los artículos es un delito, el que se define como una conducta típica, antijurídica y culpable. Para su producción deben existir requisitos objetivos y subjetivos:

Requisitos objetivos:

Infracción al deber de cuidado
Relación de causalidad
Nexo de determinación
Resultado típico obtenido

Requisitos subjetivos:

Previsibilidad
Voluntad para conducirse con los medios seleccionados

Dentro del Código Penal, los siguientes artículos se encuentran vinculados con la responsabilidad profesional médica:

Art. 84: **HOMICIDIO**. Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años, el que por imprudencia, negligencia, impericia en

su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes de su cargo, causare a otro la muerte. El mínimo de la pena se elevará a dos años si fueren más de una las víctimas fatales, o si el hecho hubiese sido ocasionado por la conducción imprudente, negligente, inexperta, o antirreglamentaria de un vehículo automotor (modificación conforme ley N° 25189).

Art. 94. **LESIONES.** Se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, al que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud. Si las lesiones fueran de las descritas en los artículos 90 o 91 y concurriera alguna de las circunstancias previstas en el segundo párrafo del artículo 84, el mínimo de la pena prevista en el primer párrafo, será de seis meses o multa de tres mil pesos e inhabilitación especial por dieciocho meses (modificación conforme Ley 25189).

Art. 106. **ABANDONO DE PERSONA.** El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de dos a seis años. La pena será de reclusión o prisión de tres a diez años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de cinco a quince años de reclusión o prisión.

Art. 108. **OMISION DE AUXILIO.** Será reprimido con multa de \$ 750 a \$ 12.500, el que encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera, omitiere prestarle el auxilio necesario, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad.

En los 2 primeros artículos se requiere de manera inexorable, la calidad de médico y la sanción conlleva la accesoria de inhabilitación, o sea la suspensión de la matrícula habilitante para el ejercicio profesional.

El presupuesto en la RPM es la existencia de la denominada culpa médica, que representa el grado más bajo de culpabilidad. Es la falta de previsión de un resultado típicamente antijurídico que pudo y debió haberse previsto al obrar (culpa inconsciente), o bien la representación de un resultado típicamente antijurídico que se confía evitar, obrando en consecuencia (culpa consciente o con representación). Dentro de las conductas culposas se incluyen la imprudencia, la negligencia y la impericia:

Imprudencia: es lo opuesto a la prudencia, consiste en obrar con ligereza. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultarán de esa acción. Es básicamente *hacer de más*.

Negligencia: es lo inverso al sentido del deber, 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*.

Impericia: es actuar sin la capacitación necesaria y expresa la falta de conocimientos técnicos en determinado y puntual caso del arte y la ciencia de la medicina. Puede definirse como *no saber*.

Las **sanciones** que impone el ordenamiento legal desde el punto de vista penal son: multa, inhabilitación y/o prisión.

Otra característica fundamental, no siempre tenida en cuenta por los médicos cirujanos, es que la responsabilidad profesional en la esfera penal siempre es personal, lo que significa que se

puede iniciar y será hallado culpable o inocente exclusivamente el o los médicos enjuiciados, siempre se persigue una sanción personal ⁽⁸⁾.

Aspecto civil.

Interesa recordar los siguientes artículos del Código Civil:

Art. 512: La culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondieren a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar.

Art. 1109: Todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio.

Cabe consignar que la relación médico cirujano-paciente es básicamente una relación contractual, a pesar de que no se acreditan habitualmente la libertad de elección, la libertad de contratación y la libertad de prescripción, lo que, a priori, viciaría el contrato. Los autores denominan a este contrato, peculiar por cierto, ya que suele ser no escrito y sujeto a diversas variables, contrato de asistencia médica o de prestación médica asistencial. La circunstancia que la RPM tenga carácter contractual impone una prescripción (lapso en el cual un presunto damnificado puede iniciar un reclamo) de 10 años en la órbita civil. Asimismo se aplican todas las normativas de la esfera de las obligaciones contractuales.

Clásicamente se distinguen dentro de los deberes de los médicos:

Obligaciones de medio:

exigen del deudor (el médico) la carga de adoptar la prudencia y diligencia necesarias para conducir a un determinado fin: la curación del enfermo

Obligaciones de resultado:

en éstas el deudor se compromete a un determinado fin propuesto, objeto del contrato celebrado. Existe entre algunos trata-

distas del Derecho una tendencia a asimilar la obligación en algunas especialidades médicas (como por ejemplo, la cirugía plástica embelezadoras y la anestesia) a obligaciones de resultado⁽¹⁰⁾. No obstante, es conocida dentro de la esfera médica, la inexactitud de estas consideraciones, ya que algunas situaciones son absolutamente imprevisibles, o si bien previstas, inevitables.

Por otra parte, en el caso específico del cirujano, las obligaciones desplegadas en el ejercicio de su especialidad son consideradas de tracto sucesivo. Esto significa que la obligación no culmina en la realización del acto quirúrgico, sino que se mantienen a lo largo de todo el periodo postoperatorio, hasta el alta del paciente de la patología o proceso que motivo la intervención del cirujano. Esto aclara la situación del denominado "cirujano fantasma o itinerante", en contravención con lo estipulado precedentemente.

En el ámbito civil, el motivo del reclamo es el incumplimiento dentro de la relación jurídica contractual que vincula un paciente con un médico cirujano, relación en la que en la mayoría de los casos participa un tercero intermediario. Una demanda civil puede iniciarse contra cualquiera de los participantes en la atención quirúrgica de un paciente (cirujano, otros médicos, institución de internación, tercer pagador, obra social, mutual, empresa de medicina prepaga, etc.). La obligación de reparar el daño y el perjuicio ocasionado a la víctima consiste en el resarcimiento material (indemnización).

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO

La doctrina del consentimiento informado (CI), cuyo primer antecedente se remonta a un caso inglés del siglo XVIII (Slater vs. Baker & Stapleton), fue plasmada en un "leading case" representado

por el dictamen del juez Benjamin Cardozo, integrante de la Corte de Apelaciones del Estado de Nueva York en el año 1914 en el juicio “Schloendorff vs. Society of New York Hospital”. Allí sostuvo “todo ser humano adulto y sano mentalmente tiene derecho a determinar que es lo que se hará con su propio cuerpo, debiendo responsabilizarse el cirujano que practique una operación sin el consentimiento de su paciente”.

Con anterioridad al desarrollo del concepto de consentimiento, en “Pratt vs. Davis” (1913) se había sustentado el derecho a la inviolabilidad de la persona y en “Mohr vs. Williams” se había documentado que el paciente debe ser el árbitro final respecto de la asunción de riesgos frente a una operación frente a los riesgos de vivir sin efectuarla.

Este criterio fue sustentado en reclamos posteriores, como lo evidencian “Canterbury vs. Spence” (Cámara de Apelaciones del Distrito de Columbia, 1972) y “Kearns vs. Superior Court” (Corte Suprema de Massachussets, 1982).

La primera mención del término CI corresponde al juicio “Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees” en el año 1957, donde se debatieron las secuelas neurológicas luego de una aortografía que tenía indicación indubitable. No obstante el mismo término ya figura mencionado en un documento de la Comisión de Energía Atómica (Atomic Energy Commission) de EEUU con motivo de investigaciones relacionadas con la inyección de plutonio en humanos.

Algunas [definiciones del consentimiento informado](#) son las siguientes:

- El que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento (Diccionario Real Academia Española, 22ª edición).

- 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 (Highton y Wierzba).

- Una manifestación de voluntad del paciente prestada con discernimiento, intención y libertad, luego de haber sido informado adecuadamente sobre el tratamiento a seguir por el médico (Gramática y Vezzano).

- 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 los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos (American Medical Association).

Para que un [Consentimiento informado](#) sea válido deberá acreditarse:

- Información suficiente por parte del cirujano, objetiva, leal y sincera.

- Competencia por parte del enfermo, evidenciada por la comprensión de la información provista y su adecuada elaboración para una toma de decisiones basada en la autodeterminación y autoprotección.

- Manifestación externa de la voluntad acorde a la decisión asumida, en atención a las normativas del art. 897 del Código Civil (“*los hechos se juzgan voluntarios si son ejecutados con discernimiento, intención y libertad*”), 913 (“*ningún hecho tendrá el carácter de voluntario sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste*”) y 915 (“*la declaración de la voluntad puede ser formal o no formal, positiva o tácita, o inducida por una presunción de la ley*”).

El consentimiento informado presenta características particulares frente a la realización de procedimientos quirúrgicos, de ahí que se habla de consentimiento informado quirúrgico, por las peculiaridades de la cirugía: su invasividad, el riesgo inherente a cualquier procedimiento, el riesgo relacionado con la administración de agentes anestésicos, la toma de decisiones, la morbilidad que rodea cualquier tipo de intervención y muchos factores adicionales ⁽⁴⁾.

El consentimiento informado quirúrgico, si bien representa la aplicación de los principios éticos a la relación cirujano-paciente y a la indispensable y necesaria autonomía de la voluntad de los pacientes, en oportunidades refleja un conflicto entre la teoría y su aplicación práctica en nuestro medio ⁽⁷⁾.

Cabe recordar la sentencia de la Corte Suprema del Estado de Louisiana: "Si todas las decisiones efectuadas por un paciente se pudieran hacer sobre una base inteligente, si todos los pacientes poseyeran un conocimiento científico suficiente y un adecuado conocimiento del cuerpo humano, si las decisiones de todos los pacientes estuvieran libres del temor a lo desconocido, de la superstición o de otras influencias sobre el proceso de toma de decisiones, si todos los pacientes fueran competentes para entender al profesional y comunicarse con él, si el médico no se enfrentara a éste y varios otros impedimentos, el acuerdo entre médicos y pacientes sería un problema de proporciones manejables" (*LaCaze v. Collier, Louisiana Supreme Court, 1983*).

Ordenamiento legal: las siguientes normativas en Argentina deben ser conocidas por los cirujanos.

a) Ley 17132, Art. 19 inc. 3º: establece "los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a...respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alineación mental, lesionados graves por causa de accidentes,

tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones rutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconciencia o alineación o la gravedad del cuadro no admitiera dilaciones"

b) Ley de Trasplantes (Ley 24193 modificada por Ley 26066/96): el art. 13 fue aplicado en oportunidades por analogía.

c) Ley Básica de Salud de la CABA (Ley 153/99): establece en su art. 4º: Inc. d) El acceso a su historia clínica y recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso. Inc. g) Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud. Inc. h) Solicitud por parte del profesional actuante de su consentimiento informado previo a la realización de estudios y tratamientos. Inc. j) Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte en actividades docentes y de investigación.

d) El Decreto Reglamentario 208/2001 de la Ley 153 establece:

Inc. d) El médico está obligado a proveer a su paciente toda la información relevante disponible, relacionada con su diagnóstico y tratamiento. Dicha información, oral o escrita, será provista de manera clara y veraz, y deberá brindarse conforme a las posibilidades de comprensión del asistido.

Inc. g) Cuando intervenga un equipo de salud, tanto en casos de atención ambulatoria o de internación, se informará al paciente el nombre y apellido de todos sus integrantes, así como el del principal comunicador. En caso de ausencia de este último, deberá designarse un profesional en su reemplazo.

Inc. h) 1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y

tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.

2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.

3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).

4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.

5. Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal,

si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

6. En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.

7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; y ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.

e) La Ley de los Derechos de los Pacientes Nº 26529/09 y las modificaciones establecidas por la ley 26742

Art. 2 Inc e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médi-

cos o biológicos que involucren su vida o salud.

Inc. f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

Agregado por la ley 26742: *En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho de manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable*

En todos los casos, la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Art. 3°. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Art. 5°. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) Los beneficios esperados del procedimiento;

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Nuevos incisos agregados por la ley 26742

g). El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese *estadio terminal* irreversible o incurable

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento

Art. 6°. **Obligatoriedad.** Toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

Agregado por la ley 26742:

En caso de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el art. 21 de la ley 14193, con los requi-

sitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario

Art. 7°. **Instrumentación.** El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

La ley 25742 incorpora el inc. f): en el supuesto previsto en el inciso g) del art. 5°, deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

Art. 8°. Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

Art. 9°. **Excepciones al consentimiento informado.** El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

Art. 10. **Revocabilidad.** La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

Agregado por la Ley 26742:

Las personas mencionadas en el art. 21 de la ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Art. 11. **Directivas anticipadas.** Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes.

Agregado por la Ley 26742:

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia,

para lo cual se requerirá la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó

f) En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, el único antecedente corresponde al Decreto 2368/97 Reglamentario de la Ley Provincial 11072/91 que establecía:

Art. 4º, inc. 1º: son derechos de los pacientes...e) la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso de salud enfermedad, g) la libertad de elección o de negativa frente a las opciones diagnósticas o terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto: cuando de la no intervención devenga riesgo para la salud pública, ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares o representantes legales o autoridad judicial, cuando por las características del caso se presume lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención.

Dicho decreto fue anulado por el Decreto 135/03.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA (MRC)

En virtud de la normativa del art. 13 de la Ley de Ejercicio Profesional 17132/67, el médico residente de cirugía debe responder por su responsabilidad profesional médica desde el momento en que ha obtenido su matrícula profesional ya que a partir de ese momento se encuentra en condiciones de ejercer su profesión de médico de manera autorizada. No obstante el encontrarse bajo un proceso de aprendizaje sistemático y de responsabilidad progresiva y creciente ha planteado conflictos. Cabe recordar la Ley Nacional N° 22127/79, que nunca llegó a ser reglamentada, y que en su art.16 normatizaba:

“a los efectos de lo dispuesto en el art. 14 (capacitación, adjudicación y supervisión personal de los actos de progresiva complejidad y responsabilidad que encomienden) la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al residente en cumplimiento de los programas de residencia, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de la que eventualmente pueda recaer sobre el instructor que hubiera dispuesto su realización”.

Más recientemente el Ministerio de Salud de la Nación elaboró a través de la resolución 303/2008 el Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Rescatamos el art. 3:

(“ ...régimen de actividad a tiempo completo, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad creciente”)

y el art. 17, inc. e):

(“elaborar las HC de los pacientes que les sean encomendadas y confeccionar los ficheros de las historias clínicas según diagnósticos, siguiendo la clasificación de las Enfermedades de la OMS vigente como asimismo de las radiografías y otras imágenes, iconográficos y bibliográficos”).

RELACIÓN MÉDICO CIRUJANO-ANESTESIÓLOGO

El concepto de jefe de equipo impone la figura central en cabeza del cirujano, que responde y es responsable por los actos de sus dependientes. Un caso peculiar se origina en la relación entre el cirujano y el anestesiólogo. Vazquez Ferreira habla de una división del trabajo asistencial, tanto en sentido horizontal como vertical. La primera es la que se da entre profesionales, que por su capacitación, competencia e indepen-

dencia, se encuentran en situación de igualdad, mientras que la segunda es la que se establece entre el cirujano jefe y los dependientes en sentido estricto (ayudantes, instrumentadoras, personal de enfermería, etc.) La división del trabajo en sentido horizontal es la que se aplica al vínculo entre cirujano y anestesiólogo. No obstante la autonomía mencionada, el jefe de equipo cirujano puede ser alcanzado en su responsabilidad en los casos en que pudo o debió vigilar los actos del anestesista, por ejemplo, en el caso de ausencia del anestesiólogo de la sala de operaciones o en el período de recuperación postanestésica inmediata.

LA DOCUMENTACION MEDICA. REGULACION JURIDICA DE LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica (HC) puede ser definida como: *“La relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual”* ⁽²⁾.

En la ley 26529/09 (Ley de los Derechos del Paciente) se entiende por HC (artículo 12, capítulo IV): *El documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.*

Lorenzetti considera que “la HC, desde el punto de vista médico, es un documento en que se dejan constancias de los acontecimientos principales del acto médico y de la enfermedad del paciente y, desde el punto de vista jurídico, la HC es la documentación del deber de información que tiene el médico” ⁽⁹⁾.

Por lo tanto la HC, tanto en soporte papel o informático, es un elemento fundamental dentro del proceso de atención quirúrgica de los pacientes, ya que registra la patología y su evolución y sirve de comunicación entre los integrantes del

equipo de salud. Es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente ⁽¹¹⁾.

Desde el punto de vista de nuestra especialidad, el protocolo quirúrgico tiene una importancia fundamental en la medida que es el único reflejo y documentación que explica nuestra actividad por autonomía: la intervención quirúrgica y frente a cualquier reclamo, su utilidad es manifiesta ^(6,11)

En nuestro medio, deben tenerse en cuenta las siguientes normativas respecto de la documentación del acto médico:

La Ley Básica de Salud de la CABA 153/99 establece en su Art. 4 inc. d el acceso a su HC y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción por escrito al ser dado de alta o a su egreso.

El decreto reglamentario 208/01 (Anexo 4) establece Art. 4º, inc. d: La HC y los registros profesionales deberán estar redactados en forma legible, sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos. Las enmiendas y raspaduras deberán ser salvadas. Estos documentos serán llevados al día, fechados y firmados por el profesional actuante, con aclaración de su nombre, apellido y número de matrícula profesional. Al egreso de un establecimiento asistencial se entregará al paciente el resumen de su HC, donde conste: nombre y apellido, datos de filiación, diagnóstico, procedimientos aplicados, tratamiento y motivo o causa de la derivación si la hubiere, firma del profesional interviniente, certificada por la máxima autoridad del establecimiento y una copia del documento firmada por quien corresponda, quedará como constancia de recepción. En caso de derivación a otro establecimiento, se aplicará igual procedimiento a solicitud expresa del paciente ambulatorio. Si se hubiere producido el fallecimiento el fallecimiento del paciente o si éste no estuviere en condiciones de recibir el

resumen de su HC, la entrega se efectivizará a su representante legal, cónyuge, pariente más próximo o allegado.

La ley 26529 en su capítulo IV incluye normativas respecto a la historia clínica. Cabe destacar las siguientes:

Artículo 13. Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Artículo 14. Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Artículo 15. Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de

tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Artículo 16. Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Artículo 17. Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

Artículo 18. Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Artículo 19. Legitimación. Se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En su actuación a nivel profesional, el médico cirujano debe tener en cuenta los siguientes preceptos:

- 1) Todo acto médico presupone un contrato con el paciente, tácito o no, y por lo tanto, generador de responsabilidad en el ámbito penal y civil.
- 2) Toda intervención quirúrgica debe ser debidamente fundamentada y avalada por los hallazgos del examen físico, los resultados de laboratorio y de los eventuales estudios complementarios y/o métodos de diagnóstico por imágenes.
- 3) Conocer las propias limitaciones y mantenerse dentro de las habilidades.
- 4) No aceptar desarrollar la actividad quirúrgica en condiciones inadecuadas o con infraestructura insuficiente frente al desarrollo de potenciales complicaciones.
- 5) Frente a cualquier complicación que motive un reclamo se investigará: si la operación que la originó estaba justificada, descartando que no se trate de una cirugía innecesaria, si la complicación fue detectada y advertida en adecuado tiempo y forma y si se prodigaron los medios tendientes a su solución, acorde a las circunstancias que rodeen a cada caso en particular.
- 6) Lograr y mantener una adecuada comunicación con el paciente y su grupo familiar, desde las etapas previas al acto-

quirúrgico, informando de manera clara, pertinente y no alarmista los eventuales riesgos pero también los beneficios del tratamiento quirúrgico propuesto; la verdad y la sinceridad deben caracterizar la información, brindando las explicaciones de manera completa y amable, sobre todo frente al desarrollo de complicaciones o eventos adversos.

- 7) Tiempo y dedicación, básicamente en los momentos actuales de sobrecarga laboral y despersonalización, resumen todo lo anterior.
- 8) Guardar prudencia y compostura en los dichos y comentarios respecto a otros colegas, frente al paciente o terceros, no incurriendo en violación a los deberes deontológicos. En muchas oportunidades, el comentario desahogado de un colega suele ser el motor impulsor de un reclamo.
- 9) Mantener una adecuada documentación del acto médico, recordando que la historia clínica podrá ser leída, examinada, auditada e impugnada por auditores, abogados, peritos y jueces.
- 10) La historia clínica, tanto de consultorio como la de internación, debe ser completa, actualizada, legible y rubricada, debiendo reflejar la secuencia lógica y ser una verdadera hoja de ruta para comprender sin fisuras ni dudas el accionar médico en la atención un determinado enfermo.

BIBLIOGRAFIA

1. **BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM** y colab.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients : results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. J. Med.*, 1991; 324: 370-8.
2. **CASAL E**: Historia clínica orientada al problema. *Proami*, 1996; 1 (4): 1011- 17.
3. **FERRERES AR**: Aspectos médico legales de la práctica quirúrgica. En Perera S (Editor): Programa de Actualización en Cirugía. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1998.
4. **FERRERES AR**: El consentimiento informado en la práctica quirúrgica. Ed. Ad Hoc. Buenos Aires, 2006.
5. **FERRERES AR**: El error en Cirugía. *Rev. Argent. Cirug. N° Extraordinario*, 2009.
6. **FERRERES AR, SCHIAVO HA, BALDOMAR JA** y colab.: El protocolo quirúrgico: su análisis médico- legal. *Rev. Argent. Cirug.*, 2003; 84 (1-2): 55-61
7. **LECLERCQ WKG, KEULERS BJ, SCHELTINGA MRM** y colab.: A review of surgical informed consent: past, present and future. A quest to help patients make better decisions. *World J. Surg.*, 2010; 34: 1406-15
8. **LÓPEZ AVELLANEDA EM**: Implicancias médico legales de la práctica quirúrgica. *Rev. Argent. Cirug.*, N° Extraordinario, 2002.
9. **LORENZETTI RL**: Responsabilidad civil de los médicos. Rubinzal- Culzoni Editores. Santa Fe, 1986
10. **MARTÍNEZ MARULL A**: Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones. *Rev. Argent. Cirug.*, N° Extraordinario, 1988.
11. **NISONSON I**: The medical record. *Bull. Am. Coll. Surg.*, 1991; 76 (9): 24-26.