

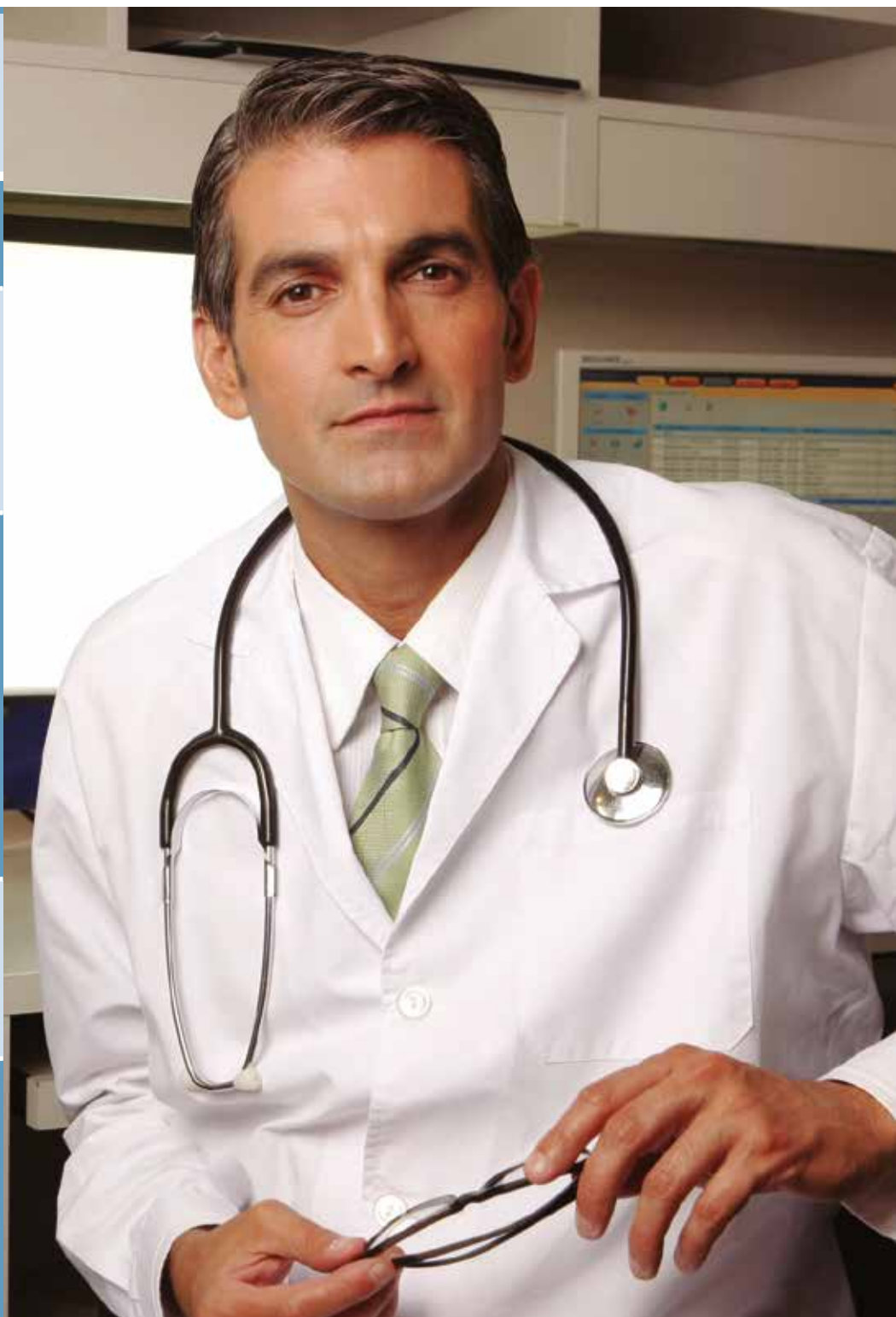
## SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Omisión diagnóstica  
de un infarto agudo de  
miocardio.  
Aspectos médico legales.

P. 5 Impacto de los eventos  
adversos y el error en  
medicina en los reclamos  
por responsabilidad  
profesional.  
Reseña de diez años de  
gestión.

P. 9 Reclamos judiciales  
relacionados con la  
ligadura tubaria.



# GUARDIA • 24

## Nota del Editor



### Estimados Asegurados:

En el presente número, hemos decidido hacerles algunos aportes sobre reclamos judiciales en relación a la ligadura de trompas.

Asimismo, queremos brindarles algunas consideraciones, desde el punto de vista médico legal, sobre las consecuencias de la omisión diagnóstica de un infarto agudo de miocardio.

Finalmente analizaremos el impacto de los eventos adversos y el error en medicina en los reclamos por Responsabilidad Profesional

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico. Los saluda atentamente.

### **Dr. Horacio E. Canto**

*Gerente de Servicios Médicos y RC Profesional  
SMG Cía Argentina de Seguros  
Swiss Medical Group*



### LÍNEA "ON LINE 24 HS":

(011) 154-949-4592, Dr. Susman

(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

(011) 153-843-5614, Dra. Remis

### LÍNEA DIURNA:

(011) 5239 - 7933

Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: [guardia24@smg.com.ar](mailto:guardia24@smg.com.ar)

# Omisión diagnóstica de un infarto agudo de miocardio

## Aspectos médico legales

**Dr Horacio E. Canto**

Gerencia de Servicios Médicos y RC profesional  
SMG Cía. Argentina de Seguros

Hace muchos años, haciendo mis primeras armas en la medicina asistencial como médico de guardia concurrí a un domicilio, manifestándome el paciente que presentaba un fuerte dolor en el hombro derecho como único síntoma.

No había tenido ningún traumatismo ni realizado ningún esfuerzo físico y no se exacerbaba a la palpación ni variaba con la movilización del brazo.

Luego de completar la revisión todo apuntaba a un origen esquelético, con ausencia absoluta de otros hallazgos positivos.

No obstante dada mi poca experiencia, ya que se trataba de un hombre de 60 años, algo obeso y fumador, y pese a pecar en exceso, le solicité un electrocardiograma que evidenció la existencia de un síndrome coronario agudo.

Este hecho fue una experiencia que marcó mi conducta futura ante este tipo de patología, ya que nunca lo pude olvidar...

Gracias a Dios, en ese momento fui suspicaz, recordándolo por lo tanto como un buen recuerdo.

Me pareció importante iniciar este artículo compartiéndolo con Ustedes.



Es bien sabido por los médicos que un infarto agudo de miocardio (IAM) es una entidad muchas veces de difícil diagnóstico. Tan solo aproximadamente la mitad de los casos se presentan con una signosintomatología clásica de dolor precordial, con o sin irradiación al miembro superior izquierdo, diaforesis, náuseas o vómitos.

El resto presenta sintomatología atípica, algunos dolor torácico inespecífico, otros mareos, indigestión, dolores de cuello, mandíbula, etc.

Ahora bien, todos los que consultan por un dolor torácico inespecífico, ¿tienen un síndrome coronario? la respuesta obviamente es no. Seguramente en la gran mayoría de estos pacientes sus síntomas obedecen a otra causa.

No obstante, un diagnóstico simplista sin demasiada fundamentación ni profundización, puede colocar al médico en una posición delicada desde el punto de vista médico legal, en caso de haber omitido un diagnóstico de infarto.

Todos sabemos que los médicos tenemos una obligación de medios y no de resultados, por lo que no puede exigírsenos infalibilidad. Si bien con " el diario del lunes " una omisión de ese tipo, sin haber fundamentado adecuadamente en la documentación por qué lo descartamos nos debilita ante un reclamo judicial.

Por ello es necesario y saludable documentar los síntomas, los factores de riesgo, los antecedentes personales y familiares, (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, enfermedad cardiovascular, muerte súbita ), los diagnósticos diferenciales, y en caso de dejarlo en su domicilio, las indicaciones efectuadas, incluyendo las pautas de alarma que deberían hacer que consulte nuevamente en forma inmediata.

Analizando la bibliografía en casos de omisión diagnóstica de cuadros coronarios agudos, nos encontramos que las causas de dicha situación son variadas, a saber:

- Asumir que personas de menos de 40 años no suelen presentar esta patología.
- Descartarlo si es una mujer.
- Descartarlo si no presenta factores de riesgo.
- Asumir que un dolor epigástrico es un problema estomacal.
- No solicitar un ECG en cuadros dudosos.
- No interpretar adecuadamente o ver el ECG mucho tiempo después.
- No solicitar enzimas.



- No brindar pautas de alarma.
- No pensar en patología coronaria en presentaciones atípicas.
- Atribuir simplistamente un dolor torácico a causas esqueléticas.
- No efectuar un correcto interrogatorio.
- No efectuar una completo examen físico.

Hemos visto también casos en que los profesionales con un electrocardiograma y enzimas cardíacas normales excluyeron el diagnóstico de IAM, lo que sabemos que en ocasiones no es posible.

Según datos de la Escuela de Medicina de Harvard, aquellos pacientes con dolor torácico por un cuadro coronario agudo enviados erróneamente a su domicilio desde el departamento de emergencia, tienen una tasa de mortalidad en el corto plazo de alrededor del 25 %, al menos el doble de los que son internados.

Estadísticamente en los Estados Unidos según la PIIA, Asociación de Aseguradoras de Médicos, los montos indemnizatorios pagados ante reclamos por los daños ocasionados por las omisiones diagnósticas de IAM, está en el tercer lugar, siendo sólo superado por casos de neonatos con daño cerebral y por casos de retrasos diagnósticos de cáncer de mama.

Alrededor del 40 % de los reclamos por esta omisión se pierden en los tribunales de los EEUU con un monto promedio de u\$s 220.000.- por caso.

Por supuesto este valor es variable, dependiendo del daño residual en cada caso, ya que pacientes no diagnosticados en tiempo y forma en muchas ocasiones quedan con secuelas funcionales significativas e incluso incapacitantes. Esto marcará el quantum indemnizatorio.

Pero como contrapartida la admisión de pacientes con dolor torácico con bajo riesgo para IAM tienen un costo promedio de u\$s 2.000.- a 5.000.- en muchas instituciones y puede conducir a procedimientos y tests innecesarios, por los costos médicos y eventuales complicaciones.

De esta manera, con crecientes presiones económicas sobre el cuidado de la salud, la mayoría de los médicos, sistemas de salud y centros médicos están interesados en mejorar la eficiencia en la evaluación y cuidado de los pacientes con dolor torácico. Esta meta deberá alcanzarse mejorando los algoritmos de decisiones tomadas por los profesionales, sumado a la identificación de nuevos marcadores de injuria miocárdica para mejorar la precisión diagnóstica y la determinación del riesgo.

En resumen, un paciente con un cuadro de dolor torácico representa un desafío para el médico, debiendo siempre pensar en la posibilidad de que se trate de un síndrome coronario, incluso en los cuadros atípicos.

Debiendo en aquellos casos en que en base al interrogatorio y examen físico considere que el origen no es coronario, documentar adecuadamente todo lo actuado, para que en caso de algún cuestionamiento poder fundamentar el por qué de dicha conclusión, lo que permitirá defender su conducta.

Siempre tener presente que, con criterio médico legal, es preferible en este tipo de patología, ante la duda, solicitar un estudio demás que de menos, ya que un error u omisión diagnóstica puede traer no sólo consecuencias muy negativas para el paciente, sino también costos muy importantes ante un reclamo para los financiadores o instituciones intervinientes mucho mayores que las medidas implementadas para descartarlo, sumado a las consecuencias desde el punto de vista médico legal para nosotros mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Physician Insurers Association of America: Enduring Material of Acute Myocardial Infarctions Claims. 1996.
- 2) Physicians Insurance Exchange. Taking myocardial infarctions to heart. Physicians Risk Management Update. July 1994 Vol 5, N° 4.
- 3) <http://thomsonreuterslatam.com/2012/10/25/fallo-del-dia>
- 4) J.H. Pope and others. Missed Diagnoses of Acute Cardiac Ischemia in the Emergency Department. N Engl J Med 2000; 342:1163-70.
- 5) T.H. Lee and L. Goldman. Evaluation of the patient with Acute Chest Pain. N Eng J of Med 2000; 342:1187-95.
- 6) A. A Panju and others: Is This Patient Having a Myocardial Infarction? JAMA, 1998, 280:1256-63.
- 7) Hill M. Failure to diagnose myocardial infarction: The emergency physician greatest liability in practice. QRC Advisor 1989 Dec; 6(2):1.

# Impacto de los eventos adversos y el error en medicina en los reclamos por responsabilidad profesional

## Reseña de diez años de gestión

**Dra. Mariana Flichman**  
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

### Introducción:

El objetivo de este artículo es poder ofrecer una reseña sobre el impacto de los eventos adversos y el error en medicina en los reclamos por responsabilidad profesional médica en nuestro país.

Estos resultados son el producto de la experiencia adquirida por la Gerencia de Riesgo y Calidad Médica tanto en la defensa como peritos y consultores técnicos de las Instituciones y profesionales asegurados en la Compañía, como en la Dirección de los Programas de Seguridad del Paciente en los últimos diez años.

Como profesionales, muchas veces centramos la mirada en la llamada "Industria del juicio" y perdemos de vista aquellos aspectos en los que nosotros, como comunidad médica o como responsables Institucionales tenemos asignaturas pendientes, procesos por mejorar, es decir, la parte que nos cabe, como equipo de Salud.

### Desarrollo:

#### Intentaremos para el desarrollo responder estas preguntas:

- ¿Cuántos de los reclamos son producto de fallas en la atención o errores médicos?
- ¿Cuántos reclamos son producto de daño grave?
- ¿No habría que actualizar la lista de especialidades más demandadas?
- ¿Es lo mismo tener Programas de Seguridad que no tenerlos?
- ¿Por qué reclaman hoy los pacientes?

Nuestra base de datos, iniciada en el 2005 tiene actualmente más de 7.000 reclamos cargados. Hemos tomado una muestra de 300 casos del último año y analizado los siguientes aspectos:

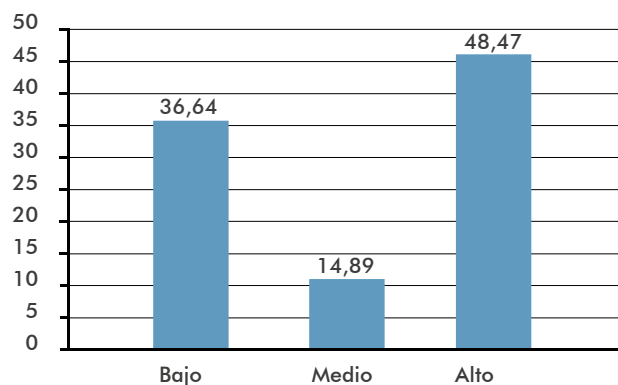
**Riesgo:** es un parámetro de evaluación, definido por nosotros para ponderar la probabilidad de perder el caso en juicio. Clasificamos el riesgo en bajo, medio y alto.

#### Resultado:

El 50% de los casos analizados era de riesgo alto. Esto significa que existieron fallas en el proceso de atención o errores médicos, independientemente del daño que pudieron haber generado.

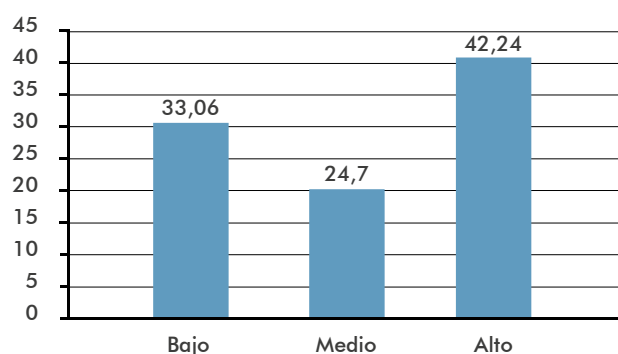
En un 15% existieron fallas o errores, pero que pueden ser defendidos y en 35% la atención fue adecuada y es el grupo donde se encuentran las llamadas "aventuras judiciales"

#### Riesgo



**Entidad:** es el parámetro que permite estimar el monto del reclamo. Clasificamos al mismo en bajo, medio y alto. Este parámetro se actualiza periódicamente de acuerdo a las variables económicas.

#### Entidad



Como podemos observar en un 40% de los casos la entidad fue determinada como alta, es decir de un gran impacto económico, y solo en el 33% la entidad se consideró baja.

**A modo de resumen podemos decir que existe una importante cantidad de reclamos (alrededor del 40%) donde tanto el riesgo como la entidad fueron altos, o sea que, errores o fallas en el proceso de atención generaron un daño importante en el paciente, que tendrá altas probabilidades de un resultado judicial adverso.**

Estos resultados estadísticos nos obligan a cambiar un paradigma; no todo es aventura judicial y debemos generar estrategias para mejorar los errores y fallas de nuestros procesos de atención para lograr una medicina más segura.

Lamentablemente no existen datos estadísticos nacionales que nos permitan analizar la realidad de nuestro país, pero entendemos que nuestra base de datos aporta luz a este vacío estadístico y epidemiológico y nos permite compararnos con la bibliografía internacional.

Un artículo interesante sobre el tema fue publicado en el 2006 por el New England Journal of Medicine (NEJM), donde luego de analizar los reclamos de 5 aseguradoras de Responsabilidad Profesional, llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se analizaron 1.452 reclamos buscando si hubo daño y si el mismo fue secundario a error médico.
- 3% no hubo injuria o daño.
- 37% no había errores del proceso de atención.
- El 72%/84% de los casos no asociados a error o daño fueron rechazados.
- Un 14% de los pagos correspondió a reclamos con daño pero sin error.
- El costo judicial fue millonario.

El análisis estuvo a cargo de la Escuela de Salud Pública de Harvard en Boston y el 10% al azar tuvo un segundo médico revisor para asegurar la fidelidad de la información. (En nuestro caso el 100% de los informes de riesgo tiene un segundo revisor).

Otro estudio más reciente, en el año 2014, publicado por Applied Clinical Informatic, evaluando 477 reclamos y buscando si existían intervenciones clínicas pasibles de aplicar para evitar la falla, concluye que el 75% era un reclamo justificado, y en más del 50% existía alguna intervención pasible de evitar el daño.

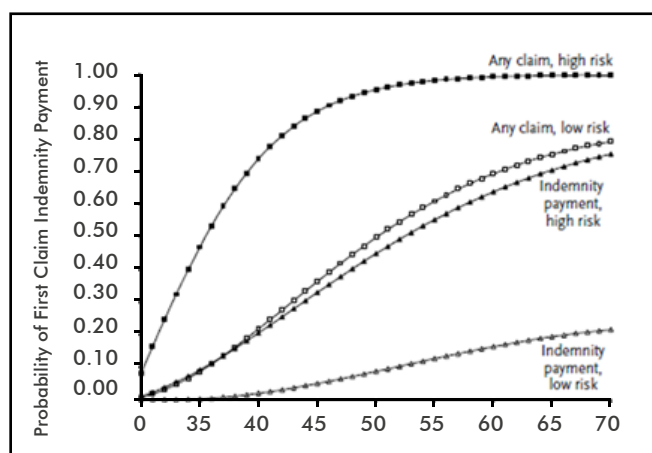
En los últimos años se registra un incremento de las publicaciones relacionadas con estos temas, que pueden seleccionarse fácilmente en el buscador PubMed.

Al cruzar la información de los reclamos, con las últimas publicaciones internacionales relacionadas a la epidemiología de los eventos adversos ocurridos en la internación,

vemos la relación entre ambos y la necesidad de centrar los esfuerzos en el diseño de Programas que reduzcan el daño a la menor expresión.

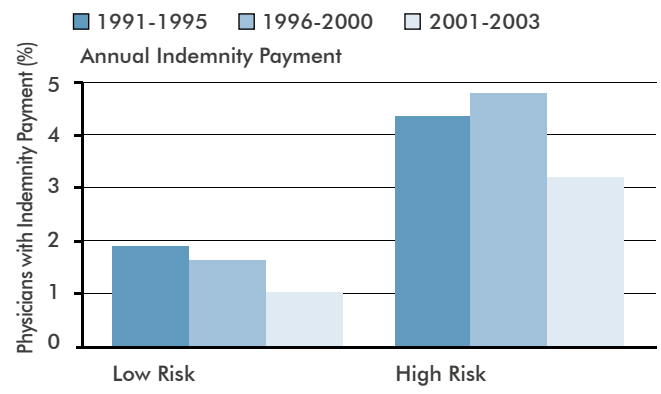
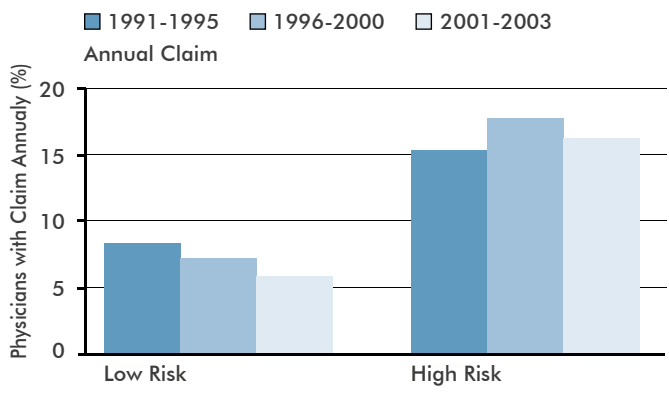
La más importante de estas publicaciones, es la presentada en el año 2014 en el Senado de los EEUU y publicada por el Journal of Patient Safety. La misma es el resultado del análisis estadístico de diferentes trabajos y concluye que en ese país mueren al menos 200.000 personas al año por eventos adversos durante la internación, siendo el 50% de los mismos, evitable, ocupando los eventos adversos el tercer lugar en las causas de muerte en los EEUU luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Continuando con nuestro análisis de los reclamos, veremos ahora los motivos más frecuentes de reclamo en algunas de las especialidades, comenzando por un trabajo publicado en el 2011 en el NEJM donde las especialidades fueron clasificadas de acuerdo al riesgo de reclamo, analizando luego, a través de los años, cuál era la tendencia y porcentaje de los reclamos:



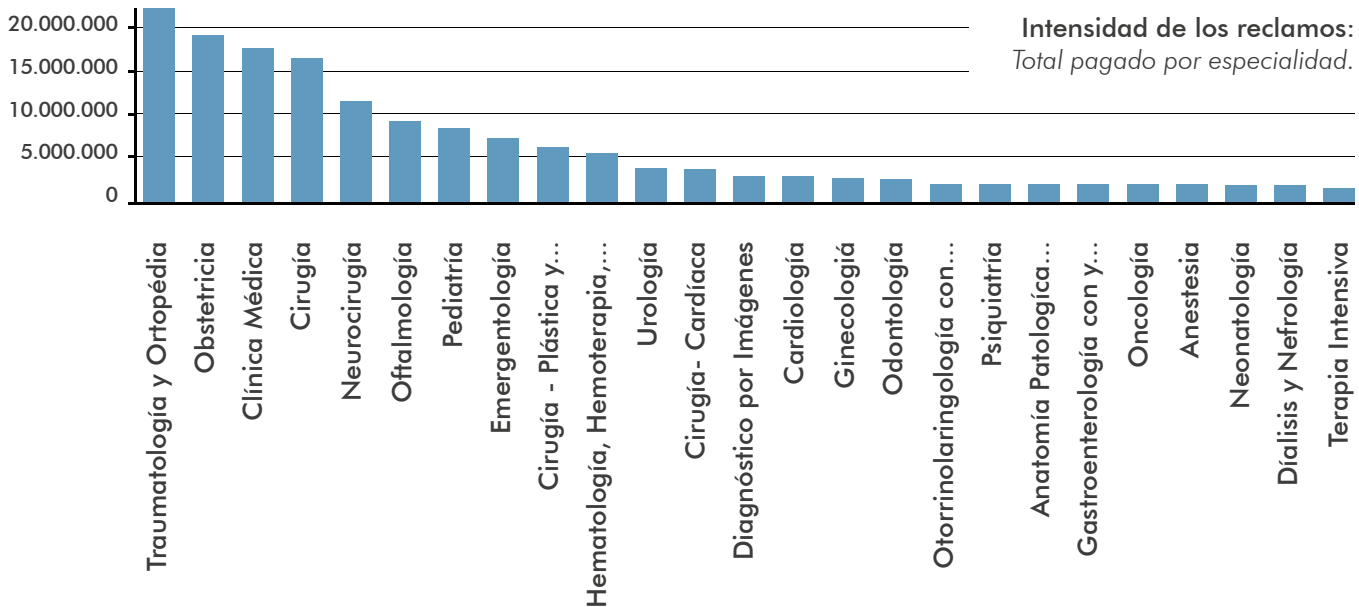
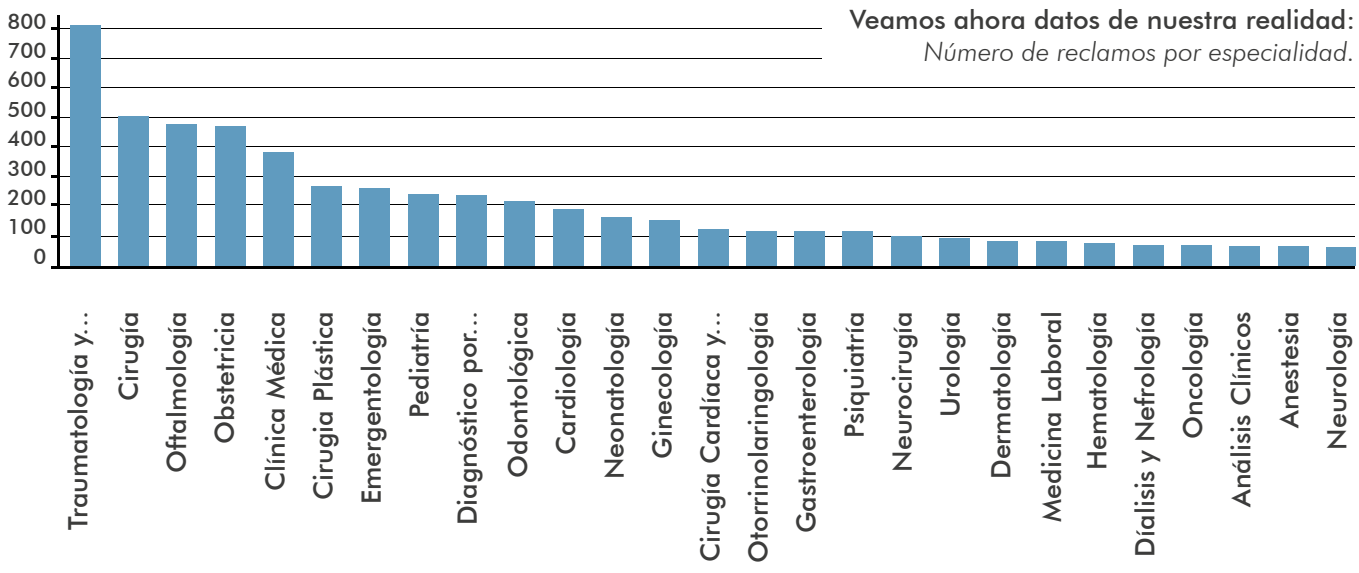
Cantidad de reclamos en función del riesgo de las especialidades a lo largo del tiempo

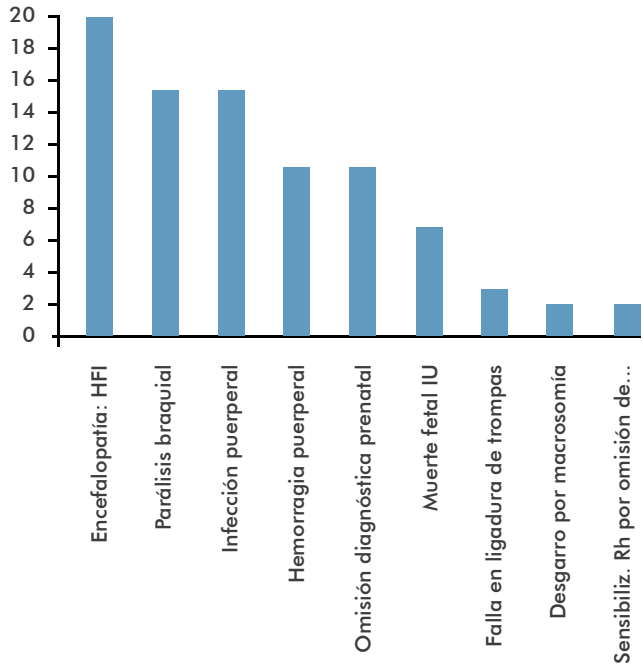




El cuadro muestra el número de reclamos a lo largo del tiempo.

El cuadro muestra el número de reclamos pagados a lo largo del tiempo.





Podemos observar que la especialidad actualmente más demandada es la Traumatología, al tener un número muy superior de reclamos, por primera vez en nuestra estadística, ha superado en intensidad, es decir en monto total pagado, a obstetricia.

Si bien, al considerar el promedio de pago por siniestro, obstetricia es por lejos la que tiene un monto promedio por reclamo superior.

**Motivo de reclamos:**

En términos generales, podemos asegurar que los motivos de reclamo han cambiado en los últimos años. Históricamente los motivos tenían que ver con cuestiones más generales como cirugía del lado equivocado, infecciones o graves complicaciones quirúrgicas. Hoy vemos que los reclamos tienen, no pocas veces, un análisis estrictamente profesional, por ejemplo el cuestionamiento de la elección de un método de diagnóstico o de un tratamiento antibiótico.

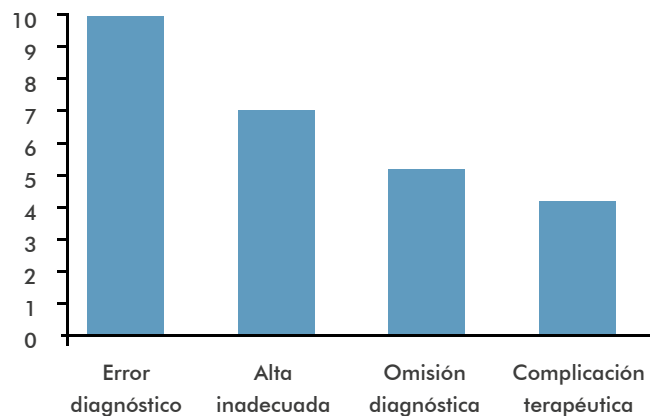
Veamos ahora una reseña del análisis de algunas especialidades:

**Obstetricia:**

La primera causa tiene que ver con un resultado neonatal adverso por encefalopatía anóxica atribuida a un mal manejo del trabajo de parto. En segundo lugar la parálisis braquial neonatal secundaria a traumatismo durante el parto y finalmente las infecciones y las hemorragias en tercer y cuarto lugar.

**Especialidades clínicas:**

Han crecido de manera considerable en siniestralidad. Un motivo recurrente es el cuestionamiento en relación a la oportunidad del alta. En segundo lugar eventos relacionados al diagnóstico: omisión o retraso.



**Rol de los Programas de Seguridad en la Defensa de las Instituciones y los profesionales:**

Hoy constituyen una herramienta indispensable en la defensa para probar la pericia y diligencia de los profesionales, de la mano de la defensa Institucional en relación al deber de seguridad y a diligencia en los cuidados. También importante a la hora de defender a los Directores Médicos, responsables de las Instituciones.

Estimamos que en un futuro próximo se incluirá en la agenda de la economía de la Salud un sistema de pago por performance con incentivos para las Instituciones que trabajen en el desarrollo de estos programas.



# Reclamos judiciales relacionados con la ligadura tubaria

**Dr. Jorge E. Rodriguez**

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

**La Ley Nacional 26.130** establece el derecho de todas las personas a acceder a las prácticas quirúrgicas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía”. En este caso puntual me referiré íntegramente a la ligadura de las trompas de Falopio.

**Esta norma entró en vigencia en nuestro país en el año 2006, y desde su puesta en práctica se acabó con:**

- 1) La necesidad de recurrir al ámbito de la Justicia ante ciertas cuestiones de salud, donde se reclamaba autorización para la ligadura tubaria, a excepción de los casos de incapaces declarados judicialmente.
- 2) La ligadura tubaria hecha en forma clandestina.

**Los puntos esenciales de la ley son los siguientes:**

- a) La accesibilidad para las mujeres mayores de edad.
- b) Como requisito previo a la ligadura tubaria la paciente debe dar su consentimiento informado por escrito, no siendo necesario el de su esposo o pareja. Debe haber también un requerimiento formal de la práctica por parte de la paciente que esté asentado en la historia clínica.
- c) El médico que va a efectuar la intervención debe informar a la persona que pida una ligadura tubaria: la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar, las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. Como en todos los casos donde medie la implementación del consentimiento informado, debe dejarse constancia en la historia clínica, de haber dado tal información a la paciente, la cual debe estar debidamente conformada por la persona concerniente.
- d) La intervención de contracepción quirúrgica debe ser gratuita en el ámbito público, y las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deben cubrir el costo de la práctica en forma integral.
- e) Los médicos tienen derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna. No obstante, la institución deberá disponer de reemplazos que efectúen la intervención en forma inmediata.
- f) Se incorpora a la ligadura tubaria requerida formalmente, como un método de planificación familiar y/o anticoncepción.

**Veamos ahora, en base a la experiencia pericial:**

**A) Cuáles son las causales más frecuentes del reclamo judicial en los casos de ligadura tubaria:**

- 1) El Dr. no brindó la información debida en forma clara, dado que no le dijeron que existía la posibilidad de embarazo.
- 2) Ausencia de consentimiento informado donde conste que aún con la ligadura, existe una pequeña chance de embarazo.
- 3) La ligadura y sección de las trompas nunca se realizó, por lo que la actora se embarazó.
- 4) Falló el método porque se hizo mal.
- 5) No le indican otro estudio para corroborar que las ligaduras estuvieran bien realizadas (histerosalpingografía), por lo que luego se produjo el embarazo.

Como se puede apreciar todas las causales del reclamo judicial se basan en la falla como método anticonceptivo.

**B) Cuáles son los rubros indemnizatorios más frecuentes del reclamo:**

- 1) Daño moral.
- 2) Daño psicológico.
- 3) Suma de dinero que se destinará para la manutención y sostén económico del hijo (que nació producto de la falla del método), hasta los 18 años de edad.

Si se mensura adecuadamente el punto 3, se podrá advertir cuan cuantioso puede llegar a ser el reclamo.

**Las recomendaciones médico-legales para evitar o estar bien preparado ante un reclamo judicial en esos casos, son las siguientes:**

Informar adecuadamente y con veracidad todo lo referente al método, y confeccionar el consentimiento informado por escrito, el cual debe estar formando parte de la historia clínica. Debe constar en el mismo que el método tiene fallas, y que aún bien efectuada la técnica existe una posibilidad muy escasa, aunque cierta, de la ocurrencia de un embarazo. Asimismo debe estar registrado el pedido formal por parte de la paciente, en la historia clínica.

No debe utilizarse un consentimiento genérico como si fuera para cualquier procedimiento quirúrgico.

El parte quirúrgico debe tener bien detallada cuál fue la técnica quirúrgica empleada, no cometer el error de consignar: “ligadura tubaria según técnica”.

Que si opta por la ligadura tubaria, debe utilizar otro método anticonceptivo hasta el día de la cirugía y continuar utilizándolo hasta el siguiente periodo menstrual.

A continuación, expongo los aspectos de interés de una sentencia donde se rechaza la demanda, que tramitó en el fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires: autos “VLA c/ G.C.B.A. s/ Responsabilidad médica”, EXP 10820/0, Sentencia del 30/8/2007.

“El Dr. M del Hospital... practicó cesárea para que la actora diera a luz a su quinto hijo y realizó la ligadura de trompas.

Sostiene la actora que al tiempo de ocurrida la intervención nuevamente quedó embarazada siendo demostrativo esto último de la deficiente tarea practicada por el facultativo, trayéndole nuevas preocupaciones respecto de su vida y la del nuevo feto. En este sentido su representación letrada expuso que, “... El daño concreto ha sido efectuado en la Sra. V dado que por la intervención del facultativo que la asistiera en el parto de fecha 15/01/2003, en el Hospital, la ligadura de Trompas de Falopio consumadas por el mismo, durante dicha operación, fue realizada en forma totalmente deficiente, lo que provocó que pudiera nuevamente quedar embarazada con el consiguiente peligro para la salud de la paciente que vuelve a verse afectada y su consiguiente agravio moral...”.

En cuanto al reclamo económico, solicita sea resarcida por “... los daños en la salud de la demandante, sus agravios psicológicos y morales, y el temor a perder la vida, además de las consecuencias que le pudiera traer a su futuro hijo desde el punto de vista psicofísico...”.

Para resolver la cuestión de fondo la Magistrado consideró, “... resulta que del análisis de las probanzas de autos, y especialmente de la pericia médica obrante a fs. 275/278, no es posible determinar que haya existido impericia por parte de los médicos intervinientes en la práctica de la ligadura de trompas de Falopio... ha quedado demostrado en autos que si bien no puede dudarse que el cirujano ha cumplido con la práctica de la operación de ligadura de trompas de Falopio, no se ha acreditado sin embargo, la existencia de información adecuada brindada a la paciente sobre la posibilidad de que el método solicitado no fuese ciento por ciento seguro, y de la necesidad de utilizar un segundo método anticonceptivo en apoyo del primero; o de aconsejar, además de la ligadura, la sección de las trompas de Falopio...”.

En primer lugar, la parte actora se agravia por cuanto la sentencia apelada no ha considerado la mala praxis del Dr. M toda vez que sólo existió ligadura y no sección de las trompas de Falopio, que a tenor de los antecedentes de la actora de alta fertilidad debió realizarse.

Al apelar el GCBA apuntó a la violación del principio de congruencia al entender que la Magistrada de la anterior instancia no se circunscribió a la pretensión esgrimida en el escrito inaugural. Pues, consideró que el fundamento de la pretensión (mala praxis médica) no fue constatada en autos siendo ello particularmente colocado en resalto por la Sentenciante. Sin embargo, se queja de que la a quo se

basó en la falta de consentimiento informado a la paciente. Es decir, consideró la Magistrada que el médico omitió informar debidamente a su paciente siendo ello ajeno a la litis cuando además la misma actora había reconocido recibir una suficiente y adecuada información. “... Con fecha 15/01/2003, el Dr. M del Servicio de Obstetricia del Hospital ..., asistió a la demandante practicándole una cesárea con motivo del alumbramiento de su último hijo, haciendo constar, en la Historia Clínica, que le practicó la ligadura de las Trompas de Falopio. Al parecer con ello se había solucionado un grave problema que padecía y ya que se había cumplido con la indicación terapéutica determinada y el consentimiento de la paciente provisto de la información adecuada y sin coerciones de ningún tipo, es decir libre, voluntario e informado, en derecho de su autodeterminación en cuanto a la integridad psicofísica, habiendo elegido un tratamiento para mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida, tendiente a preservar su salud y de sus hijos ya nacidos, ya que no se trata de un método de esterilización sino de un método de infertilización (que puede ser reversible)...”. Con lo cual, a todas luces, resulta evidente que la actora reclama los daños y perjuicios que refiere haber padecido como consecuencia de la mala praxis médica que caracteriza como “deficiente” y no constituye fundamento de su pretensión la cuestión inherente al consentimiento informado. Pues, elocuentes resultan los dichos de la actora al prestar su consentimiento previsto de la información adecuada y sin coerciones de ningún tipo, aclarando haber sido el mismo libre, voluntario e informado, en derecho de su autodeterminación. Y más aún, ha precisado conocer la diferencia entre un método de esterilización y el de infertilización -y aclara- pudiendo ser este último reversible. De allí que además se pueda tener por comprobado el conocimiento del alcance de la operación a la que se sometió. La pericia de la galena desinsaculada de oficio concluyó que la actora no sufrió ninguna incapacidad física como consecuencia de la operación a la que se sometió originalmente. En tal orden de ideas, agregó que la ligadura y sección de trompas es un método de esterilización para prevenir nuevos embarazos aunque no resulta cien por ciento efectiva, siendo que una mujer puede quedar nuevamente embarazada ante la posibilidad de que se suelte la sutura o se produzca una reabsorción del material empleado en la misma y/o una recanalización después de la sección de la trompa (cfr. fs. 276/278). Por tanto, considero al igual que la Sentenciante de grado, que el médico interviniente en la quinta cesárea y primera ligadura de trompas de Falopio cumplió con su obligación de medios y no se constató en forma inequívoca responsabilidad que le pueda ser reprochable. Es decir, no se ha demostrado negligencia o impericia en el marco de la operación que se analiza y por tanto no puede endilgársele responsabilidad a la parte accionada.

Sin embargo, discrepo claramente con los argumentos empleados por la Magistrada para hacer lugar a la demanda, cuando -como se vio- la “falta de información”

no fue objeto de fundamento de la pretensión de la actora y por tanto cobra virtualidad la queja interpuesta por el G.C.B.A. Por tanto, aun no pudiendo recaer el fundamento de la sentencia en el consentimiento informado y demás información suministrada a la demandante, en el último marco analizado (doctrina de los propios actos) tampoco sería viable una solución favorable a la actora con sustento en la ausencia de consentimiento informado, pues, como se vio, la actora refirió haber recibido información que consideró "adecuada" que libremente consintió. Tales circunstancias sellan negativa y definitivamente la suerte de la accionante en el pleito.

A la luz de cómo quedó trabada la litis y la falta de demostración de la responsabilidad del cuerpo médico interviniente en la primera ligadura de trompas de Falopio, es que no puede ser otra la solución. A partir de lo expuesto, cabe concluir en la revocación del pronunciamiento de fs. 347/352 vta. y corresponde rechazar en todo la demanda.

Para finalizar, destaco que si bien la ligadura tubaria no es una causal frecuente de reclamos judiciales, la misma va

en ascenso a medida que más se aplica el método. **Una adecuada prevención se podrá lograr, si se ponen en práctica las recomendaciones médicolegales expuestas párrafos más arriba.**

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1) Ley nacional 26130, Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
- 2) Ligadura tubaria, documento científico del Ministerio de Salud de la Nación. Marzo del 2009. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Investigación y redacción: Dra. Eugenia Trumper, Dra. Belén Provenzano, y Dra. Perla Prigoshin.
- 3) Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 4) Pregnancy following tubal sterilization: an 11-year survey. Autores: K.K. RoyU, N. Banerjee, D. Takkar. International Journal of Gynecology & Obstetrics 68 \_2000. 53|54



## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional

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

**SMG**  
SEGUROS

