

# Aspectos medicolegales en Ortopedia y Traumatología

ALBERTO R. FERRERES

*Departamento de Cirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires.*

## PARTE 1.

### Introducción a la problemática de los juicios por responsabilidad profesional médica

#### Reseña histórica

En el transcurso de la historia de la Medicina y del Derecho, la responsabilidad del médico ha sido, en términos generales, admitida y reconocida.

En la antigua Persia, se autorizaba el ejercicio de la profesión después de haber tratado con éxito a tres enfermos indigentes. El Código de Hammurabi<sup>5</sup> —el conjunto de leyes más antiguo 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. Este código establecía la pena de cortar las manos al cirujano que provocaba una herida grave en un hombre notable o que producía ceguera luego de una operación de catarata. En caso de daño menor, se debía otorgar una compensación pecuniaria al enfermo.

En el antiguo Egipto, el Libro de Toth, de reglas profesionales, condenaba a muerte a los médicos que provocaban daño por apartarse de las normas allí establecidas.

El Código de Manú, en la antigua India, 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. Es, a partir de la escuela de Kos, que la medicina griega alcanza su mayor apogeo, apoyada en un criterio racional y natural. Hipócrates, líder de esta escuela, traza los principios éticos vigentes hasta hoy y establece, en forma 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 Ley Aquilia, en la antigua Roma, protegía a los pacientes de la negligencia o imprudencia de ciertos médicos, 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, el consentimiento se podía manifestar 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 para que nuestros súbditos no se vean expuestos a la inexperiencia de los médicos". Quizás éste sea el primer contralor estatal sobre la actividad médica.

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

No obstante, la consolidación jurídica de la responsabilidad médica surge en Francia en el siglo XIX, cuando dos profesionales, los doctores Helie y Thouret Noroy, produjeron daño en la salud de los pacientes sometidos a su respectiva atención profesional. Llevada la cuestión ante la justicia civil, ésta llegó a la conclusión de la existencia de imprudencia y negligencia en ambos casos, y condenó a los médicos al pago de sendas indemnizaciones.

El proceso Helie ocurrió en 1825 cuando dicho profesional fue llamado a atender una paciente que se encontraba en trabajo de parto, de tipo distócico con presentación de hombro.<sup>1</sup> Al acudir, se encontró con una procidencia de hombro derecho fuera de la vulva. Sin más lo amputó e idéntica conducta adoptó frente a la procidencia del otro miembro. El recién nacido sobrevivió y el padre inició un reclamo ante el Tribunal de Domfront el que, luego de consultas con la Academia Francesa de Medicina, concluyó que el médico había obrado "... imprudentemente y con una precipitación increíble, no habiendo intentado ninguna maniobra obstétrica ni llamado en consulta a ningún otro colega, pese a que no había urgencias intervencionales..." y condenó al médico a pagar al niño una indemnización vitalicia.

*Recibido el 11-12-2000.*

Correspondencia:  
Dr. ALBERTO R. FERRERES  
Azcuénaga 1221 PB  
(1115) Buenos Aires  
Argentina

El proceso Thouret Noroy ocurrió siete años más tarde, en 1832. Este profesional fue llamado a prestar atención médica a un operario, a quien le practicó una sangría por estimarlo necesario. Una vez detenida colocó un vendaje y se retiró. En el lugar de la herida quirúrgica, se formó una tumoración dolorosa. Cuando fue consultado nuevamente, ordenó la colocación de pomadas locales. Posteriormente el enfermo evolucionó con una fístula arteriovenosa, con gangrena y consecuente amputación, y fue atendido por otro profesional. La víctima entabló una demanda contra el médico actuante en primer término. La conclusión del tribunal fue: "la existencia de impericia, negligencia grave, falta grosera y olvido de las reglas elementales".

En ambos casos, hubo una apelación ante el Tribunal de Casación, y le correspondió al Procurador General de Justicia emitir un dictamen. El fiscal Dupin manifestó su ya 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 fundamental: para que un hombre sea considerado responsable de un acto médico 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".

En los Estados Unidos, los juicios por mala praxis han tenido un crecimiento vertiginoso en los últimos 50 años.<sup>4,12-14,18</sup> Representan un componente esencial en el aumento de los costos de la atención médica y originaron lo que algunos autores definen como "medicina defensiva". Además, representan una preocupación para los médicos. No obstante, es importante aclarar que, a diferencia de lo que sucede en nuestro medio, el juicio penal por motivos de índole profesional (*tort*) no existe.<sup>2,3</sup>

En nuestro país, el primer caso fue la sentencia de la Cámara Nacional del Crimen, del 14 de abril de 1910, originada por un accidente anestésico. Posteriormente, el 20 de abril de 1918, se consigna un fallo de la Cámara de Apelaciones de San Nicolás. Halperin registra a 1936 cuatro reclamos por mala praxis médica.<sup>2</sup>

Alsina Atienza recopila, en 1958, cuatro casos más. Hasta 1970, se informan poco más de 50 causas iniciadas según Mosset Iturraspe.<sup>17</sup> Desde 1979 en adelante y, sobre todo en el último lustro, hemos asistido a un crecimiento estadístico notable en las demandas por presunta mala praxis, tanto en la esfera penal como en la civil.

Es importante destacar que la denominación habitual de "juicios por mala praxis" es incorrecta, ya que quien

determinará la existencia de mala praxis en la atención médica sometida a escrutinio 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.

Los motivos que explican el crecimiento vertiginoso de los reclamos por presunta mala praxis en nuestro medio son varios. Entre otros, debemos mencionar:

- Déficit en la relación médico-paciente: a menudo, la ruptura de este vínculo fundamental es el puntapié inicial en el comienzo de un reclamo. Dicho contacto ha dejado de ser una relación entre dos para triangularse y recibir la incorporación del financiador o tercer pagador, quien en oportunidades, impone sus decisiones.
- Despersonalización de la medicina: frente a las actuales exigencias de la práctica diaria y al cúmulo de obstáculos, se pierden las individualidades, tanto del paciente como la del médico responsable de la atención.
- Conocimiento del tema a través de los medios de difusión: ya no sorprende la aparición, en periódicos y semanarios de actualidad, de artículos titulados "daño médico", "cirugía innecesaria", etc., lo que implica un mayor conocimiento del tema por parte de la población y, por ende, mayores posibilidades de reclamo."
- Mayor exigencia de resultados favorables: en muchas oportunidades, los médicos no alertan sobre los eventuales riesgos que implica una conducta intervencionista y luego, frente a un hecho adverso o complicación desfavorable, el paciente y sus familiares se sorprenden.
- Ignorancia de los riesgos y del eventual desarrollo de complicaciones: muchos profesionales tratan de disminuir este factor mediante el logro del consentimiento informado.
- Interés pecuniario de las partes: con frecuencia, la posibilidad de una indemnización o el cobro de un seguro tienta a los familiares de la presunta víctima a iniciar una demanda
- Existencia de abogados y colegas médicos inescrupulosos, que no dudan en sugerir la iniciación de un reclamo.

Debemos distinguir 3 conceptos fundamentales e identificar sus diferencias:

**Mala praxis:** Es la desviación de los estándares de cuidado aceptados, desviación que causa un daño en la salud del paciente. El *Black's Law Dictionary* 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 dé por resultado cierto perjuicio a éste".<sup>16</sup>

Para su concreción requiere de 3 elementos:

- Violación de los estándares de cuidado: es el parámetro o vara con la que se compara determinada prestación con la conducta desplegada por un médico razonable con el mismo o similar paciente en circunstancias parecidas.
- Nexos de causalidad: implica que el resultado obtenido es consecuencia directa del accionar u omisión del profesional (relación causa-efecto).
- Daño: su efectivización es un elemento imprescindible en el logro de una conducta de mala praxis, ya que la ausencia de éste es impedimento para su concreción. El daño debe ser cierto y efectivo, no es válido el daño potencial o posible.

Otra aproximación define la mala praxis como toda acción errada de acuerdo con la opinión de expertos médicos. Esta evaluación se refiere a: los conocimientos aplicados, la oportunidad en tiempo y circunstancias, y el grado de responsabilidad demostrado.

**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 e/Sanatorio Beltrán s/daños y perjuicios" sostuvo: "La responsabilidad profesional médica 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 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 razonables atenciones o por no haber empleado su mejor juicio".<sup>510</sup>

**Patoiatrogenia:** Implica todo daño ocasionado o resultante, de manera directa o indirecta, de la actividad del médico, incluyendo secuelas de tipo colateral y adversas al paciente.<sup>1921</sup>

Cabe consignar que la Medicina y, dentro de ella la Ortopedia y Traumatología, es una actividad falible que maneja dos racionalidades posibles: una, la búsqueda del menor error posible, y la otra, la del mayor beneficio probable.

La responsabilidad profesional médica, si bien es una sola, tiene dos aspectos fundamentales:

**Penal:** Siempre es personal, significa que el traumatólogo u ortopedista siempre responde por sí mismo. Significa esto que se puede iniciar una querrela criminal exclusivamente contra un médico y no contra instituciones

(sanatorios, hospitales, obras sociales, entidades de medicina prepaga, etc.). Lo que se persigue es siempre una sanción personal: el castigo con prisión o la pena de inhabilitación (suspensión de la matrícula profesional). Básicamente, en el ejercicio de la práctica traumatológica, se aplican los arts. 84 del Código Penal (homicidio), en caso de resultar la muerte del paciente, y 94 del mismo ordenamiento legal, por el delito de lesiones.<sup>15</sup>

Desde este punto de vista, toda infracción a alguno de estos artículos es un delito, definido como una conducta típica, antijurídica y culpable. Este reconoce para su producción los siguientes requisitos objetivos: infracción al deber de cuidado, relación de causalidad, nexos de determinación y resultado típico obtenido y los requisitos subjetivos de previsibilidad y voluntad para conducirse con los medios seleccionados.

Los arts. 84 y 94 requieren en forma inexorable la calidad de profesional del arte de curar, mientras que los arts. 106 (abandono de persona) y 108 (omisión de auxilio) se aplican a cualquier individuo, independientemente de su profesión. Reiteramos que la sanción prescripta por los arts. 84 y 94 conlleva la accesoria de inhabilitación, es decir, la suspensión de la matrícula del ejercicio profesional. El plazo de prescripción, lapso en el que puede iniciarse un reclamo, es de 3 años para el delito de homicidio y de 2 años para el de lesiones.

El presupuesto fundamental de la responsabilidad profesional médica es la existencia de la llamada culpa médica, que es 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 la representación de un resultado típicamente antijurídico que se confía evitar, obrando en consecuencia (culpa consciente o con representación). Dentro de las conductas que se sancionan como delito, incluimos la imprudencia, la negligencia, la impericia y la inobservancia de reglamentos y deberes.

*Imprudencia:* es lo opuesto a prudencia; es 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 a 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 aspecto del arte y ciencia de la medicina.

Las sanciones que impone el ordenamiento legal son: multa, inhabilitación o prisión.

**Civil:** La responsabilidad civil médica surge de la relación contractual entre médico y paciente, que es el contrato de asistencia médica. Dicho contrato debería reco-

nocer las siguientes libertades, fenómeno que no siempre se da en la práctica:

Libertad de elección

Libertad de entendimiento entre las partes

Libertad de prescripción (discrecionalidad del profesional)

El hecho de que la responsabilidad profesional tenga un origen contractual extiende el plazo de prescripción (lapso en el cual un presunto damnificado puede iniciar un reclamo) a 10 años. Asimismo, se le aplican todas las normativas que hacen a la esfera de las obligaciones contractuales. Esto debe llevar a preservar, de manera adecuada, la documentación médica durante lapsos que superen el plazo de prescripción.<sup>23,24</sup>

Clásicamente, se ha hablado dentro de los deberes de los médicos de obligaciones de medios y obligaciones de resultado; las primeras exigen al deudor (el profesional) la carga de adoptar los medios necesarios y ordinarios, la prudencia y diligencia indispensables para conducir a un determinado fin: la curación del enfermo.

En las obligaciones de resultado, el médico se compromete a un determinado fin propuesto, objeto del contrato celebrado. Entre los estudiosos del derecho, existe la tendencia a asimilar la obligación en algunas especialidades médicas a obligaciones de resultado (tradicionalmente la cirugía plástica embellecedora y la anestesiología).

No obstante, dentro de la esfera médica, conocemos la inexactitud de estos parámetros, ya que algunas situaciones son absolutamente imprevisibles, o si bien previstas, inevitables, como una reacción cicatrizal anómala, en el caso de un queloide.

En el ámbito civil, lo que motiva un reclamo es el incumplimiento en la relación jurídica que vincula un paciente con un médico, relación en la que la mayoría de las oportunidades, participa un tercero (institución o tercer pagador, hospital, sanatorio, obra social, mutual, empresa de medicina prepaga). Cabe consignar que una demanda civil se puede iniciar contra cualquiera de los nombrados, en general contra todos ellos, y existe la obligación de reparar el daño y el perjuicio ocasionados a la víctima, reparación de índole patrimonial y material.<sup>21-</sup>

Interesa recordar dos artículos del Código Civil. Ellos son:

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". Este artículo fundamenta la culpa médica, presupuesto de toda mala praxis, donde se entiende que no hubo intención de dañar.

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

## PARTE 2.

### Profilaxis y manejo de riesgo medicolegal en Ortopedia y Traumatología

La mejor profilaxis frente a los reclamos por presunta mala praxis es la buena praxis, esto es:

- Correcta calidad de atención médica acorde a estándares aceptados de cuidado
- Adecuada documentación del acto médico
- Mantener una buena relación con el paciente y su grupo familiar

Por profilaxis debe entenderse preservar o poner a cubierto anticipadamente a una persona o cosa de algún daño o peligro. El peligro está representado tanto por la iniciación de un reclamo como por una sentencia condenatoria, en la esfera civil o penal.

Parafraseando a Duhamel, cabe recordar que: "El acto médico es por esencia un acto singular, es decir, un acto de hombre a hombre; todo lo que tienda a hacer intervenir a un tercero en este coloquio debilita su virtud", mientras que Voltaire sostenía que: "La medicina no es una ciencia que se incorpora a un universo perfecto para hacerlo imperfecto, sino todo lo contrario. Es un arte factible, una ciencia a la que toda la madurez de un discernimiento sano y meditado no puede privar de su incertidumbre y sus peligros".

Recordemos algunos de los motivos que llevan a un paciente a la consulta con un abogado:

- Falta de cortesía o cuidado por parte del médico
- Escasa comunicación
- Convencimiento de que el daño fue producto del error del profesional o de la institución
- Resentimiento, enojo o ira
- Resultados o consecuencias catastróficas
- Honorarios excesivos

La administración de riesgo medicolegal es el proceso sistemático de identificación, análisis, tratamiento y evaluación de riesgos actuales y potenciales. El objetivo primario deberá ser la seguridad del enfermo, amén de la protección del profesional y la salvaguarda del patrimonio de la institución.

Los objetivos por perseguir con un programa de prevención de riesgo medicolegal son:

- La seguridad del enfermo
- La disminución de los reclamos por presunta mala praxis
- Prevención y control de pérdidas

- Reducir la frecuencia de episodios adversos prevenibles que puedan derivar en reclamos
- Controlar los costos de los reclamos
- Asegurar una adecuada y completa documentación médica
- Rápida intervención con el paciente y su grupo familiar

Todo programa de prevención tiene su sustento en dos pilares:

- Control de calidad de la atención médica
  - Identificación de problemas a través del monitoreo continuo, evaluación de resultados y análisis de la aptitud del cuidado del paciente
  - Evaluación de datos de calidad a través de la revisión por pares (*peer review*)
  - Monitoreo de la eficacia de las acciones correctivas
- Prevención de riesgo medicolegal
  - Identificación de riesgos y episodios adversos a través de informes de incidentes, quejas de pacientes y familiares, y otras fuentes de datos
  - Evaluación de incidentes, eventos adversos y tendencias a través del comité de riesgo medicolegal
  - Recomendación y monitoreo de acciones correctivas diseñadas para disminuir el riesgo del paciente

A nivel individual, podemos sintetizar los principales pilares de prevención:

1. Toda intervención debe estar debidamente fundamentada y avalada por síntomas comprobados, el examen físico, estudios complementarios y de diagnóstico por imágenes.
2. Lo primero que se discutirá frente a cualquier complicación que origine un reclamo será saber si la intervención que la originó estaba justificada y, por supuesto, poder descartar que se trataba de un procedimiento innecesario.
3. Adecuada comunicación con el paciente y su grupo familiar: es fundamental responder con corrección y presencia permanente, en especial frente a la aparición de complicaciones, brindando las explicaciones de una manera amable y completa.
4. Suministrar la información pertinente.
5. Tiempo, básicamente en los momentos actuales de sobrecarga laboral y despersonalización.
6. Conocer las limitaciones y mantenerse dentro de las habilidades.
7. Mantener una correcta documentación del acto médico.
8. Obtener el consentimiento informado deberá ser el corolario de una adecuada relación médico-paciente y reflejo de la correcta comunicación entre ambas partes y no un mero acto administrativo.

9. Recordar que, en la especialidad, la patología es par, por lo que debe ponerse especial énfasis en el lado de la patología para evitar la denominada "cirugía del lado equivocado" así como la "cirugía del sitio erróneo".

10. La responsabilidad profesional del especialista también está presente en el seguimiento posoperatorio. Dado que muchas intervenciones se hacen en forma ambulatoria o con estadía nocturna, menos de 24 horas, es imprescindible la instrumentación de un estricto control posoperatorio a los fines de la detección temprana de las complicaciones. También debe condenarse la denominada "cirugía itinerante", donde los ortopedistas viajan a distintos pueblos, realizan los respectivos procedimientos y el control posoperatorio y, muchas veces, el manejo de las complicaciones queda en manos del especialista de la localidad y de quien ha derivado los pacientes.

### *La historia clínica*

"La realidad no es lo que sucedió o lo que usted sostiene que aconteció, la realidad es lo que consta en la historia clínica" (Brittain, 1989).

"Los médicos son absueltos o condenados con las pruebas que ellos mismos aportan y elaboran a través de la documentación registrada en la historia clínica."

La historia clínica es un documento público y, como tal, registra el acto médico. Es una prueba de fundamental importancia frente a cualquier reclamo, ya que a partir de ella, se conoce la conducta y el accionar de los médicos involucrados.

Se aconseja guardar los siguientes recaudos al confeccionar una historia clínica:

- Debe ser completa, actualizada, legible y rubricada.
- Debe guardar cierta consistencia interna; esto es, la adecuada interrelación para vincular el diagnóstico, el tratamiento, los estudios solicitados, la medicación administrada, el seguimiento, etcétera.
- Debe reflejar la secuencia lógica y ser una verdadera hoja de ruta para comprender sin fisuras el accionar médico en la atención de un determinado paciente.
- Debe ser completada en el mismo momento del acto médico o inmediatamente después de él.
- Todas las evoluciones deben ser pertinentes, relevantes y objetivas. Toda decisión terapéutica debe estar avalada por una secuencia lógica de hechos relevantes y datos que apoyen tal conducta.
- Todas las evoluciones deben incluir la fecha, hora, y la firma y sello del profesional interviniente.
- No se deben dejar espacios libres.
- Es esencial la ausencia de contradicciones entre los distintos especialistas que atienden a un determinado paciente.

Es fundamental incorporar a la evolución diaria los resultados de los estudios complementarios y de imágenes significativos.

Se debe completar la historia clínica pensando que podrá ser leída, examinada, auditada e impugnada por auditores, abogados, peritos y jueces.

### Referencias bibliográficas

1. **Academie de Medecine de Paris:** Question de responsabilité médicale: le cas du docteur Helie. Ann. d'Hyg. Publicue et Med. Légale III, 12-160, 1830. En: **Bonnet, EFP:** *Tratado de medicina legal*. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1986.
2. **Albanese, S:** *Casos médicos: relaciones jurídicas emergentes del ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Ediciones LaRocca; 1994.
3. **Barbado, AR:** *Responsabilidad de los profesionales del arte de curar: sistematización de jurisprudencia*. Buenos Aires: Zavalía Editor; 1995.
4. **Brennan, TA; Leape, LL; Laird, NM,** y cols.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324: 370, 1991.
5. **Bueres, AJ:** *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: Hammurabi; 1994.
6. CNCiv. Sala A, 12 de junio de 1979, *LL*, 1979-D-423.
7. CNCiv. Sala D, 16 de febrero de 1984, *LL*, 1984-C-586.
8. CNCiv. Sala D, 30 de septiembre de 1981, *Repertorio LL*, XIII, A-1, 717.
9. CNCiv. Sala E, 26 de agosto de 1987, *ED*, 126-448.
10. CSJN, 28 de diciembre de 1990, *JA*, 1990-11-443.
11. **Ferreres, AR:** Aspectos médico-legales de la práctica quirúrgica. En: **Perera, SG** (ed.): *Programa de actualización en cirugía* (Segundo ciclo, módulo IV). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.
12. **Kern, KA:** An overview of 711 general surgery liability cases: the anatomy of surgical malpractice claims. *BullAm Co/l Surg*, 80: 34, 1995.
13. **Leape, LL; Brennan, TA; Laird, NM,** y cols.: The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Malpractice Study \. *NEngUMed*, 324: 377, 1991.
14. **Localio, AR; Lawthers, AG; Brennan, TA,** y cols.: Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Malpractice Study III. *N Engl J Med*, 325: 245, 1991.
15. **López Bolado, J:** *Los médicos y el Código Penal*. Buenos Aires: Editorial Universidad; 1987.
16. **Medone, A, y Califano, JE:** *Malpraxis médica: efectos y prevención*. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina; 1995.
17. **Mosset Iturraspe, J, y Lorenzetti, RL:** *Contratos médicos*. Buenos Aires: Ediciones LaRocca; 1991.
18. Nora, P: *Professional liability and risk management*. Chicago: American College of Surgeons; 1994.
19. **Sanguinetti, FA:** Responsabilidad ética y jurídica del cirujano. *Rev Arg Cir*, número extraordinario, 1988.
20. **Taragin, MI; Willett, LR; Wilczek, AP,** y cols.: The influence of the standard of care and severity of injury on the resolution of medical malpractice claims. *Ann Intern Med*, 117: 780, 1992.
21. **Vázquez Ferreyra, R:** *Prueba de la culpa médica*. Buenos Aires: Hammurabi; 1991.
22. **Vázquez Ferreyra, R:** *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Hammurabi; 1992.
23. **Yungano, AR; López Bolado, JD; Poggi, VL,** y cols.: *Responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires: Editorial Universidad; 1982.
24. **Zuccherino, RM:** *La praxis médica en la actualidad*. Buenos Aires: Depalma; 1994.