

Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Ciencias médicas

Carrera de Especialización de Medicina Legal

Trabajo Final integrador

Tema: Responsabilidad Medica cuestionada a profesionales pertenecientes
al colegio médico de la primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe.

Argentina. Periodo 2010-2015

Director: Profesor DR Pascual Pimpinella

Alumno: DR med Ricardo Fidel Cohan

Año: 2018

AGRADECIMIENTOS

Al colegio de médicos de la primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe

A AIA Fabián Amicone

A mi esposa María Guadalupe

Índice:

I.	Resumen-----	4
II.	Marco Teórico (Introducción)-----	5
III.	Objetivos-----	14
IV.	Material y métodos -----	15
V.	Resultados-----	16
	V.1. Matriculados /asegurados	
	V.2. Demandas	
	V.3. Especialidades	
VI	Discusión-----	22
	VI-1 Relación matriculados - asegurados	
	VI-2 Demandas periodo 2005-2010	
	VI-3 Demandas:(Nuestro estudio) 2010-2015	
	VI-4 Demandas por Especialidad 2005-2010	
	VI-5 Demandas por especialidad (nuestro estudio) 2010-2015	
	VI-6 Distribución Regional	
VII	Conclusiones-----	30
VIII	Bibliografía-----	32
IX	Anexos-----	35

I Resumen

El cuestionamiento a los actos médicos por parte de los pacientes, es una realidad que fue en aumento a partir de la década del 80; sus causas son diversas y complejas. A lo largo de la historia, la relación médico –paciente evolucionó, y el derecho del paciente a decidir, elegir y ser informado, es un hecho en estos momentos bajo nuevas reglas jurídicas. Esto, sin embargo, tiene consecuencias en los profesionales de la salud, tanto emocionales como económicas, personales y en el sistema de salud.

En ningún sistema jurídico antiguo se contempla la responsabilidad medica como se considera actualmente, la historia comenzó a transformarse con la aparición de las democracias liberales, el reconocimiento del derecho de los enfermos y con la instauración del Estado social del derecho y del neocapitalismo.

Loa antecedentes jurídicos en Argentina son la constitución de 1853, el código Vélez Sarsfield de 1869, la ley número 17.711 de 1968, la reforma constitucional de 1994 y por último el nuevo código civil y comercial de 2015.

En este trabajo intento reflejar, estadísticamente, las siguientes variables: número de demandas, especialidades más frecuentes, distribución geográfica de profesionales matriculados en el colegio Médico de la primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe, comprendidos en el periodo de 2010-2015. Además, realizo un análisis comparativo, con bibliografía nacional y extranjera, de los años 2005-2010.

El estudio fue observacional, descriptivo y transversal; tomando datos totalmente confidenciales por personal del colegio de médicos. Fueron analizados estadísticamente en una planilla de cálculos, y elaborados con el programa Excel.

En el periodo 2010-2015 se produjeron 96 demandas que comprendían la ciudad de Santa fe y el interior norte de la provincia. Con una mayor incidencia en el año 2010 y una menor en 2015.

Las especialidades más demandadas fueron del área quirúrgica fundamentalmente cirugía general, Ortopedia y traumatología y Ginecología y obstetricia en este orden

En cuanto a la revisión de las estadísticas extranjeras, a pesar de una leve disminución en el último año, no se puede afirmar que estén en una franca disminución. Las reclamaciones por especialidades, prácticamente no sufrieron modificaciones, solo un aumento en áreas clínicas que nosotros no pudimos evidenciar en nuestra muestra.

Nuestro estudio estadístico evidencio un aumento de demandas en los primeros años, con posterior amesetamiento y leve disminución en el último año. Las especialidades quirúrgicas dominan la frecuencia en relación a las de origen clínico. Los profesionales en nuestro país en un 60% tiene cobertura por responsabilidad profesional a través de colegio de médicos o compañías aseguradoras.

II Marco teórico (Introducción)

La responsabilidad civil, en general, tiene en la actualidad una importancia de primer orden en nuestro país y en el extranjero; la relacionada a los profesionales de la salud, sufrió un gran desarrollo en las últimas décadas. Si analizamos cualquier repertorio de jurisprudencia de aproximadamente 25 años, difícilmente encontraremos antecedentes de "mala praxis médica" (Parra Sepúlveda, 2014, P.208-210).

Teniendo en cuenta literatura nacional y extranjera, hay un aumento de las reclamaciones judiciales; que estaría motivada, entre otros, por los siguientes factores:

- a) un mayor conocimiento de los derechos por parte de ciudadanos, quienes no escatiman en exigirlos cuando lo estiman necesario;
- b) los avances científicos y tecnológicos crean en la sociedad una falsa imagen que "la medicina lo puede todo", sin tener en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta; y que su práctica comporta riesgos para los enfermos. Así, se producen mayores expectativas por parte de los pacientes, y por otro la casi nula aceptación del infortunio sanitario;
- c) la despersonalización del ejercicio de la medicina, realizada en grandes centros hospitalarios, que repercute en la relación médico-paciente;
- d) falta de información y consentimiento por parte de médicos o del equipo médico, sobre riesgos y posibles complicaciones que pueden surgir, durante o después del acto médico (Bruguera, 2012, p.200-202);
- e) la existencia de profesionales médicos que, conjuntamente con abogados, se dedican a la industria del juicio; a veces con la colaboración de medios de comunicación, que informan parcialmente los hechos ocurridos, e inclusive se aprovechan de la situación económica en la que puedan encontrarse los familiares allegados al paciente.

Si retrocedemos en el tiempo, las primeras ideas sobre responsabilidad médica se remontan a los artículos 215 al 227 del código de Hammurabi; donde se enumeran los derechos y obligaciones para los médicos, pero relacionada a si un individuo era libre o esclavo, siendo las penalidades diferentes.

En el antiguo Egipto se establecían en el "Libro Sagrado" la reglamentación para la actividad del galeno, estas eran escritas por sacerdotes.

La antigua Roma se regía por el Derecho Romano, y existían dos tipos de acciones diferentes para exigir responsabilidad a los médicos, las cuales dependían exclusivamente de la condición personal del paciente:

- 1- si era esclavo, el dueño podía ejercer acción contra el médico, para que se indemnizara el daño ocasionado a su propiedad;

2- si era un hombre libre, cabía la acción de locación, en virtud del arrendamiento de servicio por el que estaba ligado el médico esclavo o liberto.

En la Edad media, hay regreso a la concepción deontológica de la responsabilidad medica; ligada fundamentalmente a la influencia religiosa. En España, la responsabilidad profesional se regía en el Fuero Real bajo el título "De los físicos y de los maestros de las llagas", la Siete Partidas regulaba específicamente el resarcimiento del daño ocasionado por la actividad médica a libres y esclavos. La Novísima Recopilación recoge aspectos relativos al intrusismo del médico y boticario y al ejercicio de la medicina sin licencia.

Algunos avances se pudieron apreciar en la redacción del código civil de 1885 por Don Andrés Bello, y del código Civil Napoleónico; pero no se estableció en ellos los daños indemnizatorios, sino solo se limitan a enumerar requisitos que dan lugar a la responsabilidad aquiliana y a la respectiva obligación de resarcir el daño, sin hacer referencia a la responsabilidad (Parra Sepulveda,2014, p.211), Guzmán Brito,2012, p. 23).

En ningún sistema jurídico antiguo está contemplada la responsabilidad medica como actualmente la consideramos. Desde los antiguos códigos deontológicos ayudaron a otorgar un carácter sacrosanto a la profesión del galeno, la cual se traducía en paternalismo, supuestamente benévolo del médico sobre el enfermo, siendo este una persona carente de derechos sanitarios. La ética, en gran parte, permaneció en el inconsciente colectivo del gremio médico. (Alonso Perez,2000, P.45).

La historia comenzó a transformarse con la aparición de la democracia liberal, el reconocimiento del derecho de los enfermos, y con instauración del Estado social del derecho y del neocapitalismo (Alonso Perez,1988, P13).

El renacimiento de la responsabilidad medica comienza a surgir con dos hechos históricos a mediados de siglo xx; por un lado, el juicio de Nüremberg que dan a conocer los atroces experimentos médicos realizados por los nazis; y por otro, el avance inexorable de la tecnología médica, que ha mostrado a la sociedad dilemas éticos antes no considerados (Alonso Perez,2000, p.34).

En nuestro país, la constitución de 1853 autorizó y facultó al congreso para dictar el código civil, comercial, penal y de minería; igual iniciativa tuvo el estado de Buenos Aires. Finalmente, en 1869 se promulgó el primer código redactado por Dalmasio Vélez Sarsfield. Este fue influenciado para su redacción por el derecho continental y de los principios liberales del siglo XVII, siendo sus principales fuentes el código civil de Chile, Francia, la legislación colonial española, el derecho romano, el derecho canónico (Cornejo,2016, p. 1-2). Este código no se refirió a la salud en forma directa. Es que en tiempos donde la medicina como disciplina científica y la salud pública como concepto apenas comenzaban a desarrollarse, no había espacio para una reflexión sobre el tema en un contexto legal de esa naturaleza, entonces centrado esencialmente en las relaciones privadas entre los hombres. (Wierzba,2015, p.3).

La reforma más importante que sufrió posteriormente, fue producto de la ley Numero 17.711 de 1968. Aquí se destaca por el cambio de orientación que experimentaron algunas de las instituciones reguladas (Cornejo,2016, p. 1-2). El derecho a la salud fue recién explícitamente reconocido en la reforma de la constitución de 1994. A principios del 2011 se constituyó una comisión para la elaboración del proyecto de reforma, actualización y unificación de los códigos civil y comercial de la nación.

El proyecto fue aprobado por el congreso nacional y se dispuso su vigencia a partir del primero de agosto de 2015, fecha a partir de la cual el código de Vélez Sarsfield quedo derogado (Wierzba,2015, p.3).

La responsabilidad medica fue evolucionando en la última década, evidenciando que el derecho le ha ido ganando terreno a lo contingente o aleatorio; en el sentido de permitir su incorporación progresiva al área de responsabilidad, como soluciones de parte de algunos sistemas jurídicos; en el sentido de ofrecer a la víctima alguna indemnización en aquellos casos para los cuales no resultan aplicables las reglas de la responsabilidad civil (Woolcott,2015, p.64-65).

Actualmente habría que aclarar cuáles son los diferentes tipos de riesgos médicos que enfrentamos:

1-los primeros son los comunes propios de la actividad médico –sanitaria, que se consideran errores médicos por infracciones a la *lex artis*;

2-segundo son aquellos que se asocian a una obligación de seguridad tanto para el médico y, sobre todo de las instituciones;

3-tercero se conoce como contingencia, alea o riesgo terapéutico, es imprevisible e irresistible que no puede ser controlado por el médico o el establecimiento de salud (Woolcott,2015, p.64-65).

Los autores españoles advierten que los indicados factores de riesgos, no necesariamente deben conducir a una responsabilidad del médico o de la institución; pues para establecer la responsabilidad médica y su gravedad, es de rigor el análisis de cada caso a fin de apreciar las circunstancias propias del acto médico practicado (Woolcott,2015, p.64-65).

Una de las consecuencias a la que da lugar el avance de la ciencia a lo largo del siglo XX, es el fenómeno de la especialización de los médicos en diversos saberes y disciplinas, que integran la medicina y la consiguiente división del trabajo. Un solo profesional sanitario no puede abarcar el volumen de conocimientos médicos, técnicos o científicos que puedan existir, y que deben manejarse en la actualidad por un médico diligente. Esto ha provocado un cambio en la práctica actual de la medicina, frente a la situación tradicional en la que el tratamiento y cuidado del enfermo quedaba en manos de un único prácticamente en su totalidad (Morillo,2015, p253).

A mi entender, las demandas judiciales, tanto penales o civiles, desencadenan en los profesionales médicos dos cuestiones a tener en cuenta:

1-Las primeras son la consecuencia emocional que fueron descritas en 1993 por el grupo de la asociación Médica Argentina liderada por el profesor Doctor Elías Hurtado Hoyo creando el "Síndrome Clínico Judicial", definido como las alteraciones que modifican el estado de salud que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio y durante las distintas etapas y/o después de haber concluido, engloba las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se puedan producir. La demanda judicial produce en el médico angustia e incertidumbre, las características dependen de la personalidad y de las redes de contención personal, familiar y laboral de cada individuo. En la esfera psicológica se destaca ansiedad, angustia, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, insomnio. Todo esto modifica la relación familiar, social, y profesional, y pueden llevar al consumo de tóxicos. En algunas ocasiones la conducta futura del médico es la medicina defensiva, evasiva, insuficiente y/o excesiva; que dificulta la relación médico-paciente, junto a la incapacidad de resolver una situación potencialmente complicada. También a evitar tratar pacientes de riesgo o tendrá pánico a equivocarse (Young,2011, p.2) (Brugera,2012, p.200).

Las alteraciones orgánicas descritas incluyen asma, ulcera gastroduodenal, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, infarto, migrañas, dermatopatías, colon irritable, etc. (Young,2011, p.2).

También hay que tener en cuenta la condena social a la que está sometido, especialmente en ciudades o localidades pequeñas; hasta que se aclare la situación procesal, poniendo en peligro su fuente de trabajo e ingresos para mantener a su familia; fundamentalmente aquellos profesionales sin relación de dependencia.

El informe MESCAPE 2016 en USA participaron más de 15.800 médicos de 25 especialidades sugiere que el desgaste entre los médicos de Estados Unidos ha alcanzado su punto crítico. En este estudio los porcentajes más altos de burnout se produjeron en cuidados críticos, urología y medicina de urgencia (55%) mientras que medicina familiar y medicina interna con el 54%(Bazan,2016, p.34).

2- Las demandas a profesionales de la salud y sus consecuencias económicas: en informes del instituto de medicina de los Estados Unidos, en 1999 los errores médicos generaban un sobrecosto al sistema de salud de 29 millones de dólares. Además, la baja disponibilidad y altos costos de los seguros especialmente en especialidades denominadas de alto riesgo (Arango Pérez, 2012, p.8)

En la Argentina se advierte que detrás de las denuncias se oculta una industria del juicio, cuestionándose a los abogados que abusan del beneficio de litigar sin gastos. Los montos de las demandas son excesivamente altas. El sistema de responsabilidad médica y penal tendría dos objetivos básicos: compensar a las víctimas de actos negligentes y actuar como un freno para las prácticas inseguras, mejorando la calidad de la medicina. Nada de esto se cumple con eficiencia, la compensación al paciente llega tarde; de lo que se paga, los honorarios legales superan el 20%, y el profesional médico vive en incertidumbre por años hasta que termina el juicio. (Young,2011, p.2).

Estadísticas de varias compañías aseguradora en la Argentina consideran preocupante que entre seis y diez de cada cien médicos reciben una demanda por año; un aumento entre el 10 y 15 por ciento en los últimos cinco años. Solo en los hospitales de la ciudad autónoma de Buenos Aires, entre 1995 y 1996, las demandas civiles crecieron un 26,42 %. En publicaciones de 2015 en Praxis médica, en Argentina ejercen uno 138.800 profesionales entre médicos y odontólogos; de los cuales el 7,2%(unos 10000) han sido demandados alguna vez en los últimos 30 años. El 32% de las demandas caen en los médicos, y el 68% restante en las instituciones médicas, obras sociales y empresas de medicina prepaga (Canto,2015, p.1-3).

La mitad de las demandas no prosperan; y las que, si lo hacen, la mitad genera condena y la otra mitad arriba a conciliaciones.

La evolución del impacto económico de las demandas a profesionales es proporcional al costo de salud. Los cambios en la oferta y la demanda de bienes y servicios médicos impulsan una sostenida inflación médica. Por un lado, las personas demandan cada vez más prestaciones; por otra, dichas prestaciones resultan cada vez de mayor complejidad.

En este contexto es previsible que los riesgos de demandas, los niveles de litigiosidad y con ellos siniestralidad de los asegurados, también registren incrementos

Sin embargo, el gasto ocasionado por los litigios se incrementa a un ritmo superior al del gasto en salud para los próximos años. El análisis retrospectivo de los últimos treinta años demuestra que aun cuando el gasto de los litigios es función del gasto en salud, mientras el primero registra una expansión geométrica el segundo registra una expansión lineal. De manera que si se mantienen estas tendencias del gasto de los juicios y conciliaciones crecerá en su participación sobre un total del gasto en salud en Argentina llegando a representar el 1,75% como promedio para la presente década. Durante los últimos cincuenta años el incremento del gasto en salud en nuestro país ha sido del orden del 2,3% cada diez años y se espera en adelante del 2,7% cada diez años. Cabe destacar que este artículo se publicó en marzo de 2015 y ahí su actualidad.

El costo total en Argentina sobre mala praxis sin bien se incluyen médicos y odontólogos es de alrededor de USD 152,6 millones anuales. esto surge de sumar el monto total que se desembolsa en primas de seguros de responsabilidad civil para dichos profesionales, las instituciones prestadoras, fondos solidarios y las erogaciones que deben enfrentar quienes no cuentan con seguros en los casos que deben enfrentar indemnizaciones o conciliación (Canto,2015, p.3).

El monto total de la remuneración de los abogados litigantes asciende en Argentina a USD17,8 millones anuales. Esto representa el 20% de los montos indemnizatorios y representa un porcentaje inferior al vigente en Estados Unidos de Norteamérica donde alcanza hasta el 35% de la indemnización signada al demandante.

Todo esto hace que el clima médico-legal posea una influencia negativa sobre la conducta de los profesionales, aumentando las practicas defensivas y dificultando los esfuerzos por mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

Por consiguiente, los médicos tomaron sus previsiones y hoy desde las asociaciones profesionales colegiadas o de cada especialidad se diseñan estrategias.

Pero todo este relato sería mucho más fructífero si recordáramos a los profesionales cuales son las medidas a tener en cuenta para prevenir las reclamaciones (Brugera,2012, p.202).

1- Información al paciente: los pacientes deben estar bien interiorizados del procedimiento terapéutico y diagnóstico así pueden elegir, explicándole los riesgos que puedan derivarse, por supuesto documentado con un consentimiento por escrito.

2- La práctica médica debe seguir correctamente las guías clínicas, protocolos y documentos de consenso para cada caso a tratar.

3- Investigar si existen factores de riesgo para poder aplicar un tratamiento o exploración invasiva: alergias, medicación regular, etc. estando esto reflejado en una correcta historia clínica.

4- Documentación completa en la historia clínica: se debe anotar todo lo que se hace, inclusive lo que se le propone al paciente y se le explica, además de explicar porque motivo no se ha hecho lo que habitualmente aconseja la guía clínica. La historia clínica debe reflejar toda la actividad asistencial y es la garante de esta.

5- Hacer más cosas con menos riesgo en vez de aquellas que tienen mayores efectos secundarios, pensar si el objetivo se podría alcanzar con menor riesgo; es decir, buscar alternativas y, por supuesto, con el consentimiento del paciente.

6- Hacer lista de verificación para comprobar el cumplimiento de las medidas de seguridad: antes de realizar un procedimiento médico-quirúrgico, comprobar que en cada caso se cumplan los requisitos que, de acuerdo a las guías y protocolos clínicos se consideren necesarios para la buena atención del paciente.

7- Evitar hablar mal de otros colegas: criticar frente al paciente o familiares las actuaciones o diagnósticos de otro profesional que atendieron al paciente con anterioridad, es una práctica deontológicamente reprobable; esto a veces es el comienzo de una reclamación.

8- En el caso si se produce una complicación o se comete un error: lo primero es dirigirse al paciente y familiares en forma empática y compasiva para dar las explicaciones correspondientes, lamentando que se haya producido la complicación; explicar con lenguaje comprensible las razones que explican su aparición; evitar asumir la responsabilidad de un posible error propio o de otro colega, no sugerir que

fue falta de vigilancia o demora en la actuación, además de expresar la voluntad de reparar los posibles problemas médicos o daños que hayan podido producirse en el paciente.

9- En lo que respecta a la relación con la Institución: cuando el médico tenga la convicción que se ha producido un accidente que pueda tener consecuencias graves para la salud del paciente, debe comunicarlo de inmediato al jefe de servicio o director médico; a fin de que tome las medidas oportunas del caso. Esto también es aconsejable cuando se produzca alguna complicación o efecto adverso, y se sospeche que podría ser motivo de una reclamación.

10- En relación a la compañía de seguro: si se tiene conciencia de haber cometido algún error e inclusive de no haberlo cometido pero el paciente o familiares no están satisfechos, es conveniente informar el hecho y fotocopiar toda la documentación del caso.

A pesar que los médicos comenzaron a ser conscientes de que la historia clínica debe ser minuciosa y documentada, que los pacientes den su consentimiento ante cada practica riesgosa, que hayan pensado en mecanismos de bioseguridad y las propias aseguradoras aconsejan a las clínicas rutinas de trabajo para asegurar una disminución de la siniestralidad, el médico se sabe vulnerable y la medicina sigue siendo una profesión de riesgo.

Otro concepto nuevo que se introdujo en los últimos años en el ámbito jurídico, es la responsabilidad médica por pérdida de oportunidad en la medicina que involucra directamente al profesional. Es necesario establecer criterios que ofrezcan alguna previsibilidad ante posibles reclamaciones judiciales por pérdida de oportunidad (Sardinero,2016, p.7).

Hasta ahora hemos escrito sobre la responsabilidad médica, pero si entendemos la relación médico paciente como un acuerdo de voluntades que reconoce bilateralmente un origen contractual, se deduce por lógica consecuencia, que este contrato genera obligaciones a cargo de una y otra parte (Fiorentino,2004, p.3).

En tal sentido diremos, que, por cada deber impuesto a cada una de las partes, se le corresponde el correlativo derecho del médico a percibirlo. El análisis de tal situación adquiere una relevante importancia, ya que cuando estos deberes y derechos no se advierten, se vulnera alguna de las cargas contractuales que asumen las partes; y, según quien sea el que incurra en infracción (médico o paciente), genera un factor de atribución o liberación de responsabilidad (Fiorentino,2004, p.3).

En la ley argentina 26.529 en el artículo 23 que es de orden público, como así también el artículo 45 de la ley 26.657 se legislan los derechos del paciente, pero no encontramos siquiera referencia a sus obligaciones; como el deber de colaboración con respecto al profesional de informarle adecuadamente y que comprende cumplir totalmente con la ejecución del tratamiento. En la ley española dispone, por el contrario, que los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico, sobre su salud, de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente

cuando sean necesarios por razones de interés público, o con motivo de la asistencia sanitaria (Sanchez,2011, p.167).

En definitiva, los deberes y obligaciones que pesan sobre los pacientes son los siguientes:

1-Deber de informar

2- De colaborar

3- De observar el tratamiento prescrito

4- Abonar los honorarios profesionales

1-Deber de informar: los pacientes tienen la obligación de suministrar toda la información que les fuera requerida durante la entrevista personal. Los datos deben ser completos, exhaustivos y veraces, para que, junto al examen físico, los análisis complementarios de diagnóstico, interconsultas, etc. se pueda elaborar un diagnóstico presuntivo que sirva como base para diagramar un tratamiento inicial y definir el método de curación más conveniente. El ocultamiento de hábitos tóxicos, antecedentes quirúrgicos, padecimientos de enfermedades previas, metabólicas, infecciosas, alergias o automedicación estarían generando situaciones potencialmente peligrosas para el mismo y llevaría al profesional tratante aún posible error diagnóstico. Debe aclararse que la ley no pena el ocultamiento como ya relaté solo sanciona al deliberado y malicioso silencio en que puede incurrir una persona frente al médico (Sanchez,2011, p.168).

2- Deber de colaborar: el paciente tiene el deber de colaborar con su médico y cualquier actitud infundada y/o carente de razonabilidad configura responsabilidad exclusiva de la parte. La negativa de colaboración se puede simplificar enumerando las siguientes figuras: Negativa a recibir asistencia, abandono del profesional sin justa causa y durante el tratamiento comenzado, incumplimiento del tratamiento prescrito o de las indicaciones médicas esenciales recomendadas. Cuando estas causas están presentes, liberan de responsabilidad al médico; siendo improsperable, cuando se comprueban, cualquier reclamo resarcitorio. En algunos casos por desconocimiento, creencia o ignorancia rechazan recibir asistencia profesional, inclusive en estados clínicos delicados; pero la ley entiende que nadie puede ser obligado a ser examinado o tratarse en contra de su voluntad; claro que si está en condiciones de expresarla. Estas situaciones liberan al médico de su responsabilidad, lo que no debe olvidarse de asentarlo claramente en la historia clínica, que es un documento. Así como los médicos no pueden interrumpir arbitrariamente la prestación de sus servicios, igualmente y por la misma razón, los pacientes no pueden sin una causa justificada, abandonar a sus médicos una vez comenzado el tratamiento. Las dos partes involucradas están obligadas a cumplir con lealtad y buena fe las obligaciones que han asumido por contrato al entablar la relación médico paciente, cuyo fin fundamental es intentar la curación, o por lo menos mejorar y/o controlarla (Sanchez,2011, p.179).

3- De observar el tratamiento prescrito: cuando un médico indica un tratamiento, estos son siempre particulares para cada paciente, no engloba a todos por igual, cada persona es un organismo singular y podrá responder de diferentes modos ante un procedimiento quirúrgico o médico. El paciente deberá cumplir las indicaciones incluyendo su obligación de advertir en forma inmediata y prudente, los inconvenientes o impedimentos que fueran surgiendo en el cumplimiento de esas indicaciones.

4- De abonar los honorarios profesionales: este es definido por la justa compensación que se percibe luego de haber realizado la asistencia médica del paciente. Es lo previamente pactado por la prestación, es un derecho contractual, casi siempre consensual; efectuado en base a la locación de servicios, debiendo ser respetada.

III-OBJETIVOS

Tener un panorama estadístico de las demandas a profesionales médicos en nuestro medio, inscriptos en el colegio médico de la primera circunscripción de la ciudad de Santa fe.

Investigar cuales son las especialidades médicas más afectadas y su distribución geográfica entre la ciudad y el interior de la provincia.

La problemática a la que me refiero involucra directamente al médico; y en algunas estadísticas en nuestro país, uno de cada cinco médicos sufre una demanda, dependiendo la década que se estudie estadísticamente.

La escasez de datos centralizados, la dispersión de ellos motivada por las distintas instancias judiciales, comisiones deontológicas de colegios profesionales, compañías aseguradoras de responsabilidad civil y la protección que gozan los datos personales por instituciones depositarias de ellos o incluso por motivaciones económicas (en el caso de compañías aseguradora) hace dificultosa la tarea de obtener a veces datos comparables y confiables.

Debido a esta problemática, realicé una reseña bibliográfica de los temas referidos anteriormente, entre los años 2005 y 2010, para continuar sobre el periodo 2010-2015 que analicé en este estudio.

No obstante, con este trabajo se podría concientizar de la situación planteada; y así, los profesionales y también las instituciones sanitarias, podrían elaborar normativas, mejorar procesos, dictar charlas de capacitación y optimizar la documentación médica, para evitar posibles reclamaciones. No solo es de vital importancia la relación médico-paciente sino médico-institución sanitaria, siendo esta un medio de contención para los profesionales de la salud en general.

En algunas ciudades de nuestro país, es de fundamental importancia el protagonismo que tienen los colegios de profesionales en la contención de sus miembros ante las reclamaciones.

IV. MATERIAL Y METODOS

El estudio realizado fue observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los datos fueron obtenidos del colegio de médicos de la primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe, correspondientes al periodo comprendido entre 2010 y 2015. Del total de los profesionales matriculados en este periodo, se tomaron aquellos que poseen un seguro de responsabilidad civil médica en dicha institución, y que sufrieron alguna demanda tanto penal o civil. No están incluidos aquellos médicos que no están asegurados, o lo hagan a través de alguna otra compañía aseguradora.

El colegio médico de la ciudad de Santa Fe (primera circunscripción) posee una larga experiencia en responsabilidad civil medica; respaldada por un fondo compensatorio, asociado a una compañía aseguradora líder en Argentina.

La población medica estudiada en este trabajo está comprendida por profesionales de la ciudad de Santa Fe y del interior norte de la provincia; con sub sedes en la ciudad de Rafaela y Reconquista, siendo ellas las que reciben los casos de las distintas localidades más pequeñas.

Los datos se obtuvieron de los expedientes de las demandas tramitadas en el colegio de médicos; y fueron recolectadas por personal perteneciente a dicha institución, bajo estrictas medidas de confidencialidad, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia/no maleficencia y justicia.

La búsqueda abarcó las siguientes variables: número de médicos matriculados en el periodo a estudiar y por año, numero de ellos asegurados, número de demandas sufridas, demandas discriminadas por especialidad y distribución geográfica de las mismas, en ciudad e interior de la provincia. Cabe destacar que, en los datos obtenidos en el interior de la provincia, el número de asegurados por cada año no se pudo cuantificar, sino solamente el total de ellos en el último año de 2015, lo que se tendrá en cuenta y se demostrará más adelante.

Las variables se incorporaron en una planilla de cálculo y se utilizó Excel para procesar los datos, realizar los cuadros y gráficos correspondientes.

V Resultados

V 1. Matriculados/ Asegurados

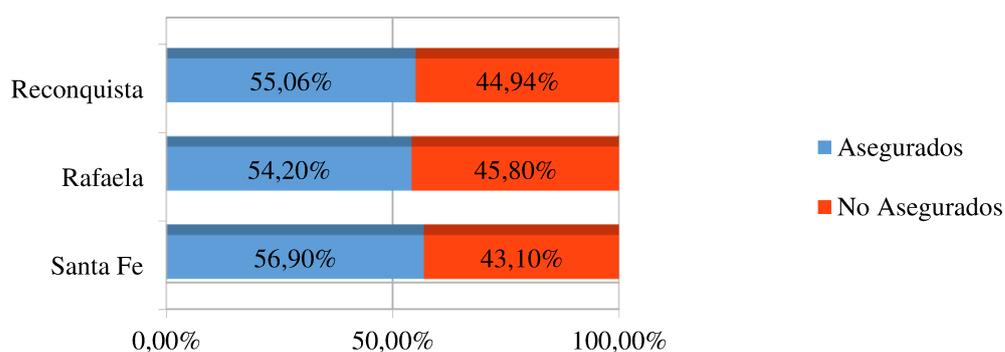
Nuestra estadística comprende el periodo de 2010 hasta 2015 de aquellos profesionales matriculados y asegurados en el colegio de médicos de la primera circunscripción que comprende la ciudad de Santa Fe y el interior de la provincia, en donde se ubican dos ciudades importantes como Rafaela y Reconquista.

En diciembre de 2015 se contabilizaron que en la ciudad de Santa fe y en el interior, de un total de 5157 profesionales matriculados, 2929 (56,80%) estaban asegurados. Aquellos que no poseen cobertura, o lo hacen a través de otra compañía, o carecen de ella; no son incluidos en las causas de demandas (cuadro 1). En la ciudad de Rafaela y Reconquista, se notifican y contabilizan los casos del interior de la provincia provenientes de localidades con menor número de habitantes. En estas dos ciudades importantes del interior de la provincia solo se pudo contabilizar el total de asegurados en el año 2015, aunque si se pudieron registrar las demandas anuales en su totalidad. A pesar de esta dificultad, en diciembre de 2015, los asegurados en Rafaela llegaban al 54,20%, en Reconquista a 55,06% y en la ciudad de Santa fe al 56,90%. (cuadro1, Figura1).

CUADRO 1: Relación de Matriculados /Asegurados en el colegio médico primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe, Rafaela y Reconquista en diciembre 2015

	Matriculados	Asegurados		No Asegurados	
	Cant	cant	%	Cant	%
Santa Fe	4937	2809	56,90%	2128	43,10%
Rafaela	131	71	54,20%	60	45,80%
Reconquista	89	49	55,06%	40	44,94%
Totales	5157	2929	56,80%	2228	43,20%

FIGURA 1: Asegurados / no Asegurados del año 2015

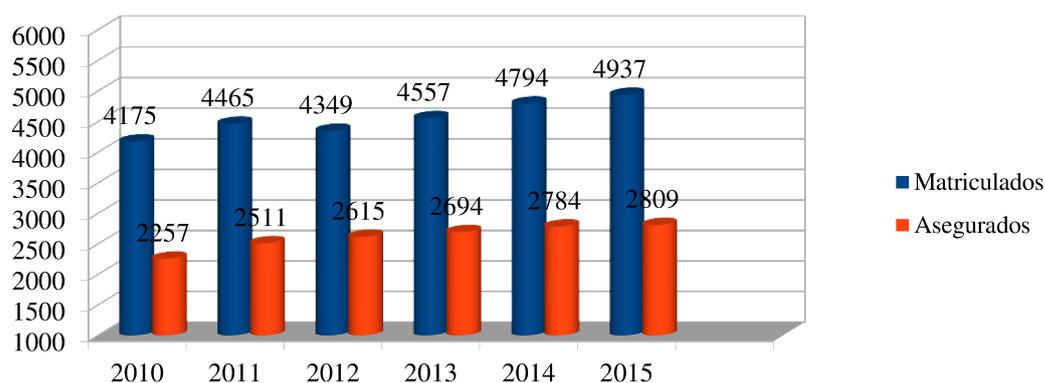


En la ciudad de Santa Fe podemos ver (cuadro2, Figura 2) la evolución de matriculados / asegurados de cada año, estos se mantienen entre un 54, 60% y 56,9% con incidencia máxima de 60,13% en el año 2012.

CUADRO 2 – Evolución anual de Matriculados / Asegurados en la ciudad de Santa Fe periodo (2010 - 2015)

Año	Matriculados	Asegurados	Porc. Aseg/Mat.
2010	4175	2257	54,06%
2011	4465	2511	56,24%
2012	4349	2615	60,13%
2013	4557	2694	59,12%
2014	4794	2784	58,07%
2015	4937	2809	56,90%

FIGURA 2- corresponde al CUADRO 2



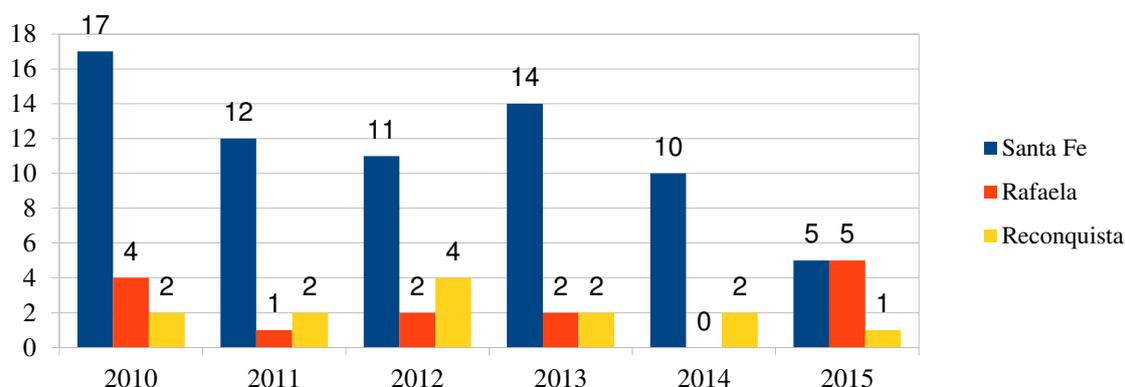
V2. Demandas

El total de demandas registradas entre los años 2010-2015 fue de 96 casos. La ciudad de Santa Fe presentó la mayoría de las demandas, con un total de 69 casos en los 5 años; seguido por el interior de la provincia con 27 casos, Rafaela registro 14 casos y Reconquista 13 casos. Estos cálculos son realizados exclusivamente sobre el número de casos registrados anualmente, como muestra el cuadro 3 y figura 3.

CUADRO 3 – Número de demandas anuales en la ciudad de Santa Fe, Rafaela y Reconquista en el periodo (2010 – 2015)

Casos por año	Santa Fe		Rafaela		Reconquista		Totales	
	cant	%	cant	%	cant	%	Cant	%
2010	17	24,64	4	28,57	2	15,38	23	23,96
2011	12	17,39	1	7,14	2	15,38	15	15,63
2012	11	15,94	2	14,29	4	30,77	17	17,71
2013	14	20,29	2	14,29	2	15,38	18	18,75
2014	10	14,49	0	0,00	2	15,38	12	12,50
2015	5	7,25	5	35,71	1	7,69	11	11,46
Total	69	100	14	100	13	100	96	100

FIGURA 3 - corresponde al CUADRO 3



En el año 2010 se produjeron la mayoría de las demandas, con 23 casos (23,69%) de un total de 96 reclamaciones. En el año 2015 poseemos el menor número de demandas: 11(11,46%) en su totalidad.

Si tomamos por separado la ciudad de Santa fe, de los 69 casos, 17 de ellos fueron en 2010 (24,64%); en Rafaela, del total de 14 casos la mayoría fueron en 2015, con 5 casos (35,71%); y Reconquista con un total de 13 casos sus puntos máximos fueron en 2012 con 4 casos (30,77%). Sobre estos mismos datos la menor demanda se presentó en el año 2015 en Santa fe, con 5 casos (7,25%), en Reconquista con 1 caso (7,68%); en Rafaela fue en el año 2014 que no se presentó ninguna reclamación.

Ahora bien, si tomamos la incidencia de las demandas sobre los asegurados solo en la ciudad de Santa fe, anualmente vamos a tener una mayor incidencia en el año 2010: 17 casos (0,75%) y en el año 2015 5 casos, 0,18%. (cuadro 4).

En los otros años se puede decir que fueron parejos hasta el 2015, donde se produce una caída de las demandas sin mucha justificación que podamos explicar fácilmente.

CUADRO 4 – Número de Demandas anuales en relación a los asegurados en la ciudad de Santa Fe periodo (2010 – 2015)

Casos por año	Santa Fe		
	casos	Asegurados	%
2010	17	2257	0,75%
2011	12	2511	0,48%
2012	11	2615	0,42%
2013	14	2694	0,52%
2014	10	2784	0,36%
2015	5	2809	0,18%
Total	69		

FIGURA 4 - corresponde al CUADRO 4



La figura 4 demuestra claramente el pico presentado en 2010 y un cierto aplanamiento posterior.

V 3. Especialidades médicas

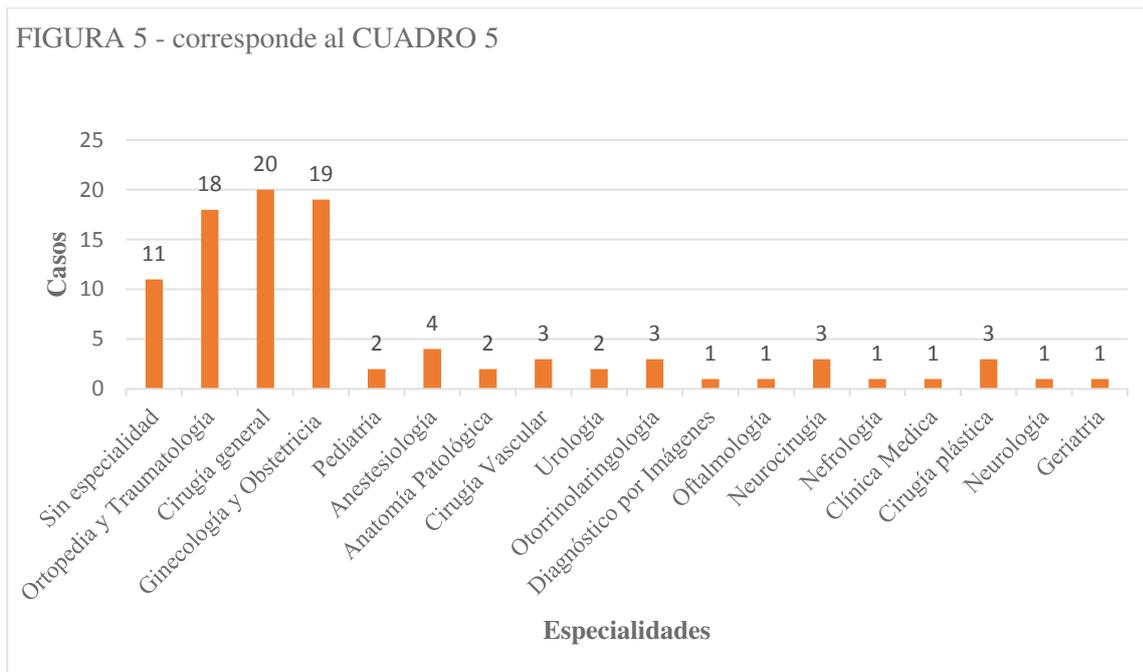
Las especialidades médicas más demandadas fueron, en primer lugar, cirugía general con 20 casos (20,83%), ginecología y obstetricia 19 casos (19,79%), ortopedia y traumatología 18 casos (18,75%) y sin especialidad 11 casos (11,46%) de un total de 96 casos (100%) ocurridos entre 2010 y 2015. El resto de las otras especialidades se sitúan entre un 4,17% y un 1,04%. (cuadro 5 y Figura 5).

Tenemos que destacar que dentro de la especialidad más frecuente demandada que muestra el cuadro 5 en la ciudad de Santa Fe es ortopedia y traumatología con 16 casos (23,19%), ginecología y obstetricia con 12 casos (17,39%), cirugía general con 9 casos (13,4%), médicos sin especialidad y anestesiología con 4 casos cada uno (5,80%), cirugía vascular, otorrinolaringología, neurocirugía y cirugía Plástica con 3 casos cada una (4,35%), anatomía patológica, urología con 2 casos cada una (2,9%) y diagnóstico por imágenes, oftalmología, nefrología, clínica médica, neurología y geriatría con 1 solo caso (1,45%). En el interior de la provincia cambian la frecuencia, cirugía general es la más demandada con 11 casos (40,74%), ginecología-obstetricia y sin especialidad, 7 casos cada una (25,93%). El resto de las especialidades que se cuestionan en la ciudad de Santa Fe, en el interior no tienen ninguna reclamación.

CUADRO 5 – Casos de Demanda por Especialidad y áreas Quirúrgicas y Clínicas en la ciudad de Santa Fe, Rafaela, Reconquista periodo (2010 -2015).

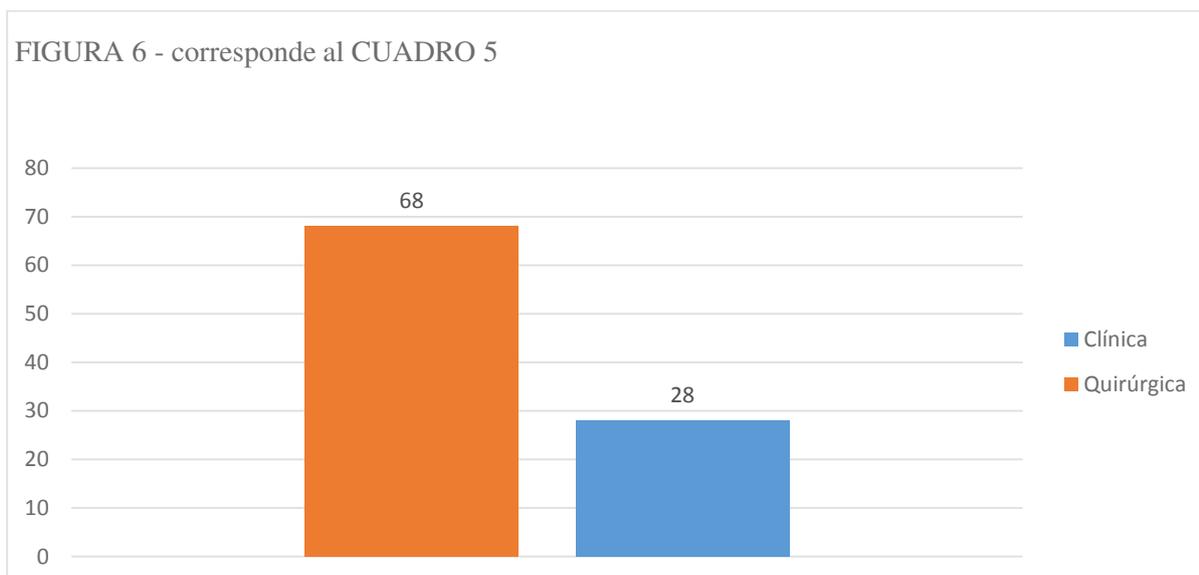
<i>Casos por Especialidad</i>	Santa Fe		Rafaela-Reconquista		Total de casos		Especialidad	
	<i>cant</i>	%	<i>cant</i>	%	<i>cant</i>	%	Quirúrgica	Clínica
Sin especialidad	4	5,80	7	25,93	11	11,46		11
Ortopedia y Traumatología	16	23,19	2	7,41	18	18,75	18	
Cirugía general	9	13,04	11	40,74	20	20,83	20	
Ginecología y Obstetricia	12	17,39	7	25,93	19	19,79	19	
Pediatría	2	2,90			2	2,08		2
Anestesiología	4	5,80			4	4,17		4
Anatomía Patológica	2	2,90			2	2,08		2
Cirugía Vascular	3	4,35			3	3,13	3	
Urología	2	2,90			2	2,08	2	
Otorrinolaringología	3	4,35			3	3,13		3
Diagnóstico por Imágenes	1	1,45			1	1,04		1
Oftalmología	1	1,45			1	1,04		1
Neurocirugía	3	4,35			3	3,13	3	
Nefrología	1	1,45			1	1,04		1
Clínica Médica	1	1,45			1	1,04		1
Cirugía plástica	3	4,35			3	3,13	3	
Neurología	1	1,45			1	1,04		1
Geriatría	1	1,45			1	1,04		1
Totales	69	100,00	27	100,00	96	100,00	68	28

FIGURA 5 - corresponde al CUADRO 5



Dividiendo las especialidades en áreas quirúrgicas que incluyen cirugía general, Ortopedia y traumatología, Ginecología y obstetricia, Cirugía vascular, Urología, Neurocirugía, cirugía Plástica, llegan a un total de 68 demandas (70,84%) y en el área Clínica que incluyen médicos sin especialidad, Pediatría, Anestesiología, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Diagnóstico por Imágenes, Oftalmología, Nefrología, Clínica Médica, neurología y geriatría se presentaron 28 demandas (29,16%). Claramente el primer grupo son los más afectadas (cuadro 5 y figura 6).

FIGURA 6 - corresponde al CUADRO 5



VI DISCUSION

VI-1 Relación matriculados / asegurados

Una de las primeras consecuencias derivadas de la evolución de las demandas a profesionales de la salud en general, fue la creación de fondos solidarios que ayudan a paliar los costos, por parte de agrupaciones que los agrupan. Estas organizaciones evolucionaron, asociándose a compañías aseguradoras especializadas en responsabilidad civil, para poder enfrentar la situación en una forma más eficiente.

En Argentina, publicaciones de la Revista RP news –praxis médica de 2015 indica que solo dos de cada diez médicos cuentan con esquemas de protección, ya sea seguros o fondos solidarios. Otros artículos como Young Pablo y col. (Young,2011, p3) y la Revista Estrategas (Canto,2015, p3) afirman que entre un 50 %y un 60% del total de los profesionales en nuestro país, tienen alguna forma de cobertura.

Nuestra evaluación sobre los profesionales asegurados, en relación a los matriculados en el colegio de médicos de la primera circunscripción en la ciudad de Santa Fe, fue pareja en los cinco años; alcanzando en 2015el 56,90%, la totalidad inclusive en el mismo año incluyendo el interior de la provincia fue del 56,80%.

Tenemos que tener en cuenta que aquellos no registrados como asegurados por nosotros podrían no estarlo o tener cobertura en alguna compañía aseguradora, esto aumentaría el porcentaje de profesionales con protección. En el informe de junio de 2015 de la revista Estrategas, afirma que el 40% del mercado de la salud no cuenta con ningún tipo de cobertura por responsabilidad médica; sin tener en cuenta a personal sanitario, que también puede estar sometido a una demanda. Según un informe de 2016 de la Medical Defence Union(USA) se observa un incremento de las reclamaciones al sector de Enfermería (Bazan,2016, p.4)

Evidentemente hay una gran posibilidad que aquellos que no están protegidos lo hagan, el mercado y las organizaciones que nuclean a los profesionales de la salud podrían ofrecer seguros a un costo moderado; fundamentalmente a los que recién empiezan a ejercer la medicina, ya que en la actualidad es obligatorio tener cobertura si se quiere trabajar como médico.

Cabe destacar que la función que cumplen las organizaciones colegiadas de profesionales involucradas no solo tiene que ver con la importancia de la cobertura económica, sino también con la función contenedora que cumplen con los médicos, en los difíciles momentos al recibir una demanda.

VI-2 Demandas periodo 2005-2010

La dificultad que se presenta en muchos países, inclusive el nuestro, es la inexistencia de datos centralizados que concentren las demandas producidas. En España, por ejemplo, los datos se obtienen

en el ministerio de salud, y también en agrupaciones profesionales y compañías aseguradoras (Perea-Perez,2013, p.133).

En nuestro país, además de carecer de datos centralizados carecemos de un estándar, guía o protocolo de evaluación de los actos médicos, por presunta responsabilidad profesional.

Ahora bien, como fue la evolución de las demandas en los años anteriores a nuestro estudio, así lo podríamos comparar con los estudiados en este trabajo.

En uno de los trabajos más completos que se realizaron en España por Perea-Pérez Bernardo y col, analizaron las sentencias producidas:

-Hasta 1990 que fueron treinta,

-Entre los años 1991 – 2000 fueron novecientos cincuenta (950),

-Entre 2001- 2010 fueron mil ochocientos treinta y siete casos (1837).

Aunque sean sentencias absolutorias o condenatorias, estaban precedidas todas de una demanda por posible responsabilidad médica. (Perea-Perez,2013, p.134).

En informes periciales estudiados por Tamara Liliana Marcela y col., obtenidos en el archivo del grupo de clínica forense, Regional Bogotá, del IMMLCF de Colombia, entre 2006 – 2010 hubo un total de trescientos ochenta y tres casos (383) (Tamara,20011, p.11).

El estudio del Instituto de Medicina Legal de Perú, realizado por Navarro-Sandoval cleyber, informa que del 2005 hasta el 2010 hubo un total de ochocientos ochenta casos (880), con un número máximo en el año 2009 de 321 demandas (Navarro,2013, p.8).

Informes del centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES de la universidad CES realizado por Arango Pérez Juan Pablo y col; entre 2005 y 2009 encontraron cuatrocientos veintisiete (427) solicitudes por posible responsabilidad medica; de las cuales solo ciento cuarenta y tres expedientes (143) cumplen los criterios de inclusión (Arango,2012, p.21).

En el estudio realizado por Dr. Zurita Navarrete de México en el año 2011, fueron tramitadas por la comisión Nacional de arbitraje médico 1671 demandas, ratificando un aumento progresivo de las mismas año a año (Zurita Navarreta,2011, p.143).

En un estudio presentado por Francisco Miranda Suarez, titulado "Demandas por responsabilidad médica en Chile, análisis de montos, condenas y duración entre 2005 a 2010", a partir de los informes emanados del consejo de defensa del estado y de la superintendencia de salud de Chile, obliga a recurrir a la instancia de mediación, cuando se pretende la reparación de perjuicios atribuibles al proceso de atención de salud.

Las cifras emanadas de estos organismos indican que la actividad se incrementó desde sesenta y siete (67) solicitudes por demandas el año 2015, a quinientas veintinueve solicitudes (529) el año 2011, siendo el promedio de mil doscientos setenta anuales (1270) o ciento cinco (105) mensuales (18).

Concluyendo que solo un 10 % de los reclamantes, cuyas mediaciones habían terminado sin acuerdo, ejercieron acciones legales en el periodo estudiado.

En Argentina, en estadísticas de Martínez Walter Fabián y col, relata cincuenta juicios entre los años 1958 a 1970; de 1970 a 1983 cinco cincuenta; de 1983 a 1985 novecientos setenta; y de 1990 a 1994 se presentaron diez mil demandas (Martinez,2005, p.1).

Teniendo todos estos informes de España, Bogotá (Colombia), Lima (Perú), Medellín (Colombia), México, Chile y Argentina, vemos que desde 1991 hasta 2010 hubo un aumento importante de las causas; si bien en España son más numerosas pudiendo ser comparadas con algunas estadísticas de países europeos.

En Latinoamérica solo se puede empezar con estadísticas a partir del año 2005, no así en España que tienen datos anteriores que demuestran el comportamiento en distintas décadas anteriores.

VI-3 Demandas periodo 2010-2015(nuestro estudio)

El estudio estadístico nuestro que comprende el periodo 2010-2015 contabilizo en estos años noventa y seis (96) demandas por posible responsabilidad médica. El mayor número de ellas fue en el año 2010 con 23 casos y la menor en 2015 con 11 casos.

El trabajo presentado en 2015 por Natalia Restrepo Giraldo de la universidad CES en Medellín-Colombia sobre la tendencia de las demandas por responsabilidad radicadas en el cendes 2010-2014 es una continuidad del realizado entre los años 2005 – 2009, por la misma universidad a cargo de Juan Pablo Arango Pérez y col. (Arango,2012, p23). En este nuevo artículo (Giraldo,2015, p.32) se evidencia un aumento a novecientos sesenta y cuatro solicitudes (964) de dictámenes periciales, de los cuales solo trescientos setenta y dos (372) cumplían los criterios de inclusión. Todo indica un aumento anual sostenido: 2010 = 31, 2011 =69,2012 = 87, 2013 = 102, 2014 = 83. La disminución en este ultimo año 2014 no estarían claras las causas que la producen.

Pasando a otro país Ecuador un estudio denominado responsabilidad profesional sanitaria y sus complicaciones legales de la universidad Regional Autónoma de los Andes, cuyo autor es Alberto Geovanny Lema Latorre, obtuvo los informes estadísticos de la Fiscalía General del Estado entre los años 2011-2015.Las denuncias fueron 2011-2012= 89, 2013-2014 = 954 y en 2015 = 138, también con una disminución en este último año (Lema Latorre,2015, p14).

En 2016 en un trabajo realizado por la Dra. Alma de los Ángeles Ríos Ruiz y Dr. Antonio Fuente del Campo, llamado "Medicina Legal, una Necesidad Imperativa en México y Estados Unidos de América," de acuerdo a la comisión Nacional de Arbitraje médico de México en 2014 recibieron dos mil cincuenta (2050) quejas, las cuales el 51% de los casos llegaron a conciliaciones y las restantes no se llegó a ningún acuerdo. Hay que tener en cuenta que este estudio solo se centra en las demandas en un solo año (2014), sin hacer referencia a años anteriores para ver su evolución (Ríos Ruiz,2016, p.125).

Los estudios realizados por Carlos Sardinero García sobre Responsabilidad por pérdida de oportunidad asistencial en la medicina Pública Española, disponibles en 2016 y publicados por la Revista de Medicina Legal Española, no son muy optimistas. Se estudiaron datos obtenidos del ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad actualizado a 31 de diciembre de 2014. De un total de 519 sentencias, 168 de 2002-2009 y 351 de 2010-2014 o sea en este último periodo más de 100%, que comprenden las 17 comunidades españolas. A pesar del enfoque que se le da al estudio, 340(66,5%) sentencias fueron dictadas por error diagnóstico,138(26,6%), por la omisión del tratamiento adecuado y tan solo 18 (3,5%) por omisión de información (Sardinero,2016, p.7).

Evidentemente la perdida de oportunidad asistencial es un concepto jurídico que se ha abierto paso en los últimos años como un criterio determinante para la valoración del daño corporal derivado de la asistencia sanitaria. Si bien las entidades demandadas representan al Estado, involucran directamente al profesional por falta de diligencia. Lo que este estudio no pone de manifiesto es cuál es el porcentaje de estas demandas y sentencias que afectan solo los actos médicos; pero sí evidencia, de todos modos, un aumento de las reclamaciones vistas desde otra perspectiva.

Es interesante destacar que no existe en la literatura médica y jurídica ningún estudio similar que haga referencia específica a la perdida de oportunidad asistencial en medicina, pero lo planteado pone de manifiesto la relación directa que tienen los centros de salud y su óptimo funcionamiento, con la actividad que desarrollan los médicos para evitar reclamaciones.

La falta de un centro nacional en donde se concentren información adecuada sobre el total de las demandas que se producen en el país y cómo evolucionan en el tiempo, cuáles se solucionan en la instancia de mediación o terminan en una sentencia, nos imposibilita tener estadísticas confiables.

En la revista Estrategas se publicó en el año 2015 un informe relacionado a los juicios que tramitaban las cuatro compañías aseguradoras más grandes de la Argentina.

Estas estadísticas solo se referían al número de juicios que tenían cada una de ellas, aproximadamente oscilaba entre los 784 juicios la menor cantidad y 1519 la que tenía el mayor número de juicios, sin mencionarse como fue la evolución anual del periodo 2010-2015 o anteriores. Según este estudio habría menor número de juicios contra médicos, pero los errores estarían relacionados en muchas ocasiones por problemas administrativos, de documentación o de comunicación (Canto,2015, p.4).

Me pregunto antes esta observación estaríamos frente a casos de responsabilidad por perdida de oportunidad asistencial como lo explica el artículo de Sardinero –García presentado por primera vez este estudio en España y sin antecedentes en la literatura médica y jurídica.

En la base de datos de la Biblioteca online de la secretaria de ciencia y técnica de la nación no es tema de estudio la responsabilidad medica cuestionada y sus consecuencias.

Como consecuencia es difícil y arriesgado hacer comparaciones y obtener definiciones contundentes.

VI-4 Demandas por especialidad: periodo 2005-2010

En la problemática relacionada a las demandas por especialidad la bibliografía es un poco más clara, aunque hay matices que son interesantes, algunas coincidencias y también diferencias según el país y la región.

En el análisis realizado por Bernardo Perea –Pérez en España, sobre 2817 sentencias el primer lugar es para ginecología (13,5%), cirugía ortopédica y traumatología (12,3%), Urgencias (9,7%), cirugía y medicina estética (8,1%), cirugía general y digestiva está en séptimo puesto, anestesia solo con el 3%, no discrimina a que se refiere cuando son Urgencias relacionadas a casos clínicos o quirúrgicos. Este estudio es el más completo en el periodo mencionado (Perea-Perez,2013. p.134).

Interesante es observar que en la universidad CES de Medellín-Colombia, Juan Pablo Arango Pérez y col. presentan en primer lugar a la medicina general (26%), cirugía general (11,3%), ginecología y obstetricia (10.1%), y ortopedia (10%), en esta última se supone que incluye traumatología, neurocirugía (7,5%), cirugía plástica y estética (4,4%) y anestesia (1,3%) (ArangoPerez,2012, p24).

En un estudio publicado por la Revista The New England Journal of Medicine los médicos más demandados pertenecían al área de Obstetricia ginecología (19%), muy cerca le siguen los cirujanos generales (17%), médicos de atención primaria, cirugía ortopédica (8%), neurocirugía y radiología (5%)y anestesiología, urgencias y pediatria con el 4%(Ríos Ruiz,2016, p125)

En el instituto de medicina legal de Lima, Perú, Clyber Navarro-Sandoval demuestra que los mayores porcentajes son en este orden: ginecología y obstetricia, cirugía general, neurocirugía en casos quirúrgicos, pero en casos clínicos de un total de 145, pediatria estaba primera con 32,5%, seguida por medicina interna, oncología y cuidados intensivos. Las variantes utilizadas en cada trabajo estadístico determinan que algunas especialidades estén incluidas dentro de los grupos de casos clínicos y quirúrgicos. Anestesiología solo alcanza el 0.9% y aparece por primera vez Psiquiatria con 0,6% (Navarro Sandoval,2013, p8).

En el estado actual de las demandas presentado por Gerardo Ricardo Zurita Navarrete de México, en 2011 corrobora lo que la bibliografía describe sobre este tema: ortopedia y traumatología en primer lugar seguidos por cirugía general, medicina familiar, medicina interna, medicina de urgencias y ginecología y obstetricia. Hay que destacar que la clasificación por especialidad es diferente en cada evaluación estadística (Ríos Ruiz,2016, p 125) (Navarrete,2011, p143).

En Argentina las más demandadas son traumatología y ortopedia, ginecología- obstetricia y cirugía general (Canto,2015, p.4).

Teniendo en cuenta la clasificación en dos grupos: áreas quirúrgicas y áreas clínicas siempre en todas las publicaciones citadas la primera es la que presento mayor incidencia de reclamaciones.

En este periodo se observa un bajo número de demandas a especialidades como Psiquiatría y cabe mencionar anestesiología, la cual en algunas notas bibliográficas aparece con una alta frecuencia. No es el caso de nuestra estadística.

VI-5 Demandas por especialidad periodo 2010-2015(periodo estudiado)

Recordaremos que en nuestros resultados la más demandada es la cirugía general (20,83%), Ginecología y obstetricia (19,79%), Ortopedia y traumatología (18,75%) y por ultimo profesionales sin especialidad reconocida (11,46%), esta variable ultima no figura en ninguna de nuestra bibliografía consultada.

En primer lugar, en este periodo de mencionar al trabajo presentado por Natalia Restrepo Giraldo de la facultad de medicina de la universidad CES que es una continuidad del estudio anteriormente presentado por dicha universidad, pero entre los años 2005-2015. Lo primero es resaltar que el médico general (36,2%) es el más demandado seguido por de obstericia-ginecologia (16.0%), cirugía general (12,6%), y ortopedia (8.8%)., pero las áreas quirúrgicas siguen siendo las más demandadas con el 57,5%. Aquí mismo se nota mayor porcentaje en anestesiología, pediatria, oftalmología y urología con un 2,6% Psiquiatría solo con el 1%(Giraldo,2015, p.32).

Otros resultados se ven reflejados en el estudio de la universidad Regional Autónoma de los Andes en Ecuador, realizado por Alberto Geavanny Lema Latorre, que solo las reclamaciones se concentran sobre todo en cirugía estética con el 40% y medicina Interna con el 29%; las restantes oscilan entre el 8% y 1%. (Lema Latorre,2015. p.21).

Cuando estudiamos lo que ocurre en México, en el Tratado de medicina legal, una necesidad imperativa en México y USA por la Dra. Alma de los Ángeles Ríos Ruiz; las especialidades quirúrgicas llevan la delantera si sumamos cirugía general y gastroenterología, cirugía vascular, ginecología –obstetricia y traumatología y ortopedia (Ríos Ruiz,2016, p125).

En el trabajo elaborado por distintas facultades de ciencias sociales y jurídicas, ,servicio de medicina legal y hospital universitario clínico San Carlos y departamento de toxicología y legislación sanitaria ,medicina legal y medicina de universidad complutense sobre la responsabilidad por perdida de oportunidad asistencial en la medicina pública Española en el periodo 2010-2014 , a pesar del enfoque dado al estudio y las distintas variables que se tomaron en las estadística como por ejemplo las patologías que originaron las reclamaciones, sorpresivamente el área de clínica Médicas obtuvo el 57%de los casos, seguido por el área quirúrgica con el 29,3% y la materno infantil con el 13,7 % Pero además vale recordar que las imputaciones son al médico y a la entidad sanitaria por error diagnóstico, tratamiento inadecuado u omisión de consentimiento informado(Sardinero,2016,p.8).

El dato relacionado con la Argentina solo se pudo obtener gracias a estadísticas dadas por compañías aseguradoras en la revista Estrategas (praxis médica) publicada el 23/06/2015; donde confirman que las especialidades más demandas son la traumatología y la obstetricia, cirugía general y la estética. Debemos además recalcar que las infecciones intrahospitalarias, daños cerebrales y parálisis braquiales son causa de reclamaciones sobre todo si se comprende el tema en su conjunto médico- servicio asistencial de salud (Canto,2015, p.4).

Tenemos que ver las estadísticas según el país de donde tomamos los datos. Por ejemplo: el informe en la reunión anual de la sociedad Americana de Anestesiología de 2016 muestran una fuerte disminución. Los reclamos contra anestesistas en los años 2005 y 2013 reportados al National Practitioner Bank disminuyeron en un 41,4%, un 4,6% por año, también ocurre con la de los pacientes hospitalizados en un 45% y la de pacientes ambulatorios en un 23,5%, durante el periodo de estudio (Bazan,2016, p.2).

En el periodo 2005-2005 y 2010-2015 según la bibliografía que estudie sobre demandas a anestesistas no es alta y en nuestra estadística solo está en el quinto puesto, todo lo contrario, con lo arriba mencionado en USA.

Hay una espacialidad con muy baja frecuencia en los estudios de la bibliografía extranjera y en nuestra ninguna, y es la psiquiatría. A pesar del dominio de las especialidades quirúrgicas sobre las clínicas estas últimas van en aumento progresivo.

VI- Distribución Regional

Nuestro estudio de un total de 96 casos en 5 años mostró que 69 se concentraron en la ciudad de Santa Fe y solo 27 en el interior norte de la provincia.

Sobre el mismo tema, la evaluación hecha por la facultad de medicina de la universidad CES del total de 372 demandas, en el departamento de Antioquia cuya capital es Medellín, que forma parte de los 32 departamentos que se divide Colombia, se presentaron 347 solicitudes de demandas, las demás fueron

córdoba con 16, Caldas 2, Choco 2 y Risaralda, Quindío, Norte de Santander, Santander y Tolima con 1(Giraldo,2015, p.40).

Entre 2005-2011 el Estudio médico Forense de la responsabilidad médica por Ángel Hernández Gil encontró en España que la comunidad de Madrid registra un mayor número de quejas, seguidas por Andalucía, Cataluña, Valencia Castilla y León (Gil,2008, p.5).

El informe reciente de 2016 presentado por Carlos Sardinero-García continúa siendo la comunidad de Madrid con mayoría de las quejas, pero en segundo lugar Castilla y León, Valencia y a lo último Andalucía (Sardinero,2016, p.7).

En ninguno de los estudios se analizan las causas de la distribución geográfica, se pueden mencionar factores que pueda influir en esta distribución sin homogeneidad.

Puede ser debido a la concentración de centros de salud con mayor complejidad y a la presencia ahí de profesionales más especializados, a la densidad de la población en cada región, la movilidad actual de los pacientes en búsqueda de distintas alternativas diagnósticas y terapéuticas, lo que implica que en estos lugares se presentan mayor número de conflictos.

Puede ocurrir también que en localidades pequeñas sus pobladores no sean tan exigentes sobre los resultados esperados de la práctica médica y no realicen ninguna reclamación.

Otro factor que hay que tener en cuenta es que nivel de cobertura médica que poseen en regiones subdesarrolladas y el grado de avances científicos y médicos al que están acostumbrados a obtener donde ellos habitan.

VII Conclusiones

- 1- Las demandas por presunta responsabilidad medica presentadas en el colegio médico de la primera circunscripción de la ciudad de Santa fe analizadas entre 2010 y 2015 alcanzaron un pico máximo en 2010, se estabilizaron posteriormente y descendieron en 2015 sin saber la causa y tendencia, hasta estudiar su evolución en los próximos años.
Los estudios bibliográficos desde el 1991 hasta 2010 extranjeros coinciden con un aumento sostenido de las demandas. En el periodo 2010-2015 leve disminución en el año 2014 sin causa aparente y en otros se mantienen las reclamaciones. Argentina, carente de datos oficiales, se basa en datos de compañías aseguradoras que reportan solo el número de juicios; sin su evolución en el periodo estudiado año por año, relatan una aparente disminución.
- 2- Las especialidades quirúrgicas son las más demandadas en relación a las áreas clínicas en todos los estudios analizados nacionales y extranjeros. Nuestros datos en el periodo 2010-2015 lo confirman siendo cirugía general, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia y médicos sin especialidad. La bibliografía revisada de 2005-2010y2010-2015 lo confirman. En el último periodo se destaca un aumento de las demandas en el área clínica: medicina general, medicina interna, pediatría, cuidados intensivos inclusive se revierte la relación entre el área quirúrgica y clínica. Especialidades como anestesiología y Psiquiatria no son tan frecuentes como se pensaba antes del estudio.
- 3- La distribución geográfica de las reclamaciones está directamente relacionada a la densidad poblacional y donde se concentran los mayores recursos médicos y tecnológicos donde la población es atendida, teniendo en cuenta también que la existencia de un sistema sanitario regionalizado, se derivan a centros con mayor infraestructura los casos más complejos.
- 4- Se puede confirmar que el 60% de los profesionales médicos en la República Argentina cuentan con algún tipo de cobertura relacionada a su práctica ya sea a través de compañías aseguradoras o fondos solidarios a cargo de colegios de profesionales; así lo confirma nuestra propia estadística. El 40% restante en nuestro estudio podría estar el profesional asegurado por otra compañía o simplemente no estarlo como lo indica praxis médica. En Países Europeos están el 100% asegurados o por pertenecer a un servicio público o ejercer en forma privada.
- 5- No tendría sentido mi trabajo sin agregar cuales serían las aplicaciones prácticas del mismo:
 - a- La creación de un ente interrelacionado a nivel provincial y nacional, capaz de llevar y publicar las estadísticas públicas y privadas de las reclamaciones que se producen a nivel civil y penal, permitiría conocer algunos datos más importantes que motivan las quejas y las reclamaciones a que son sometidos los profesionales y las instituciones. La ausencia de estadísticas en un país, tiene como consecuencia no conocer cuál es la realidad en este ámbito concreto.

- b- La creación de una oficina de evaluación médica, constituida por un panel de médicos de distintas especialidades independientes, que revisaran y examinaran los reclamos, en función de si es o no un resultado adverso ocurrido; si es o no un problema de negligencia profesional; podría también tener la función de encauzar los casos presentados hacia una etapa conciliatoria y decisoria, evitando así ir a juicio.
- c- Concientizar a los profesionales de la salud a observar y tener en cuenta las medidas para prevenir las reclamaciones, y trabajar conjuntamente con los colegios de profesionales en el asesoramiento y actualización de los temas relacionados a la responsabilidad médica.

VIII- BIBLIOGRAFIA

1. Alonso Pérez M (1988). Prólogo a llamas Pombo, Eugenio. la responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos. Madrid: trívium.
2. Alonso Pérez. (2000) Relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil. En: Moreno Martínez JA, España. Editorial: Perfiles de la responsabilidad civil en el nuevo milenio.
3. Arango Pérez Juan P., Ayala Fabio A., Quiñones Iván M. (2012) Demandas por responsabilidad medica atendidas en el centro de Estudios en derecho y salud -cences- de la universidad Ces. Medellín 2005 a 2009. Colombia.
4. Arroyo María Castellano y Ferrara Santo Davide (2014) La responsabilidad Profesional médica en Europa. Asociación de médicos Forenses Revista Española de medicina Legal. Editorial Elsevier. España.
5. Barbosa P. Daniel E. (2009) Caracterización de casos médicos -Legales: médicos en servicio social obligatorio. Revista médico Legal XV No 1-10 Colombia
6. Bazan Jorge (2016) Responsabilidad profesional medica- Una visión Internacional-RPNEWS-ONLINE. Buenos Aires. Argentina.
7. Bruguera M. , Armani J., Bruguera R., Barbería E., Ferrer F., Sala J., Pujol Robinat A., Y Muñiz Medallo. (2012) Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica , de cómo actuar cuando se producen y como defenderse judicialmente. Revista clínica española. 212(4):198-205. España.
8. Cornejo Berenice D. (2016) Breve reseña sobre la responsabilidad civil y sus funciones. Evolución en el tiempo. [Http://www.saij.gov.ar/ldsaij/DACF160633](http://www.saij.gov.ar/ldsaij/DACF160633)
9. Deik Acosta -Madiedo C. (2010) Responsabilidad medica: Elementos, naturaleza y carga de la Prueba. Universidad de los andes -Facultad de Derecho. -Revista de Derecho Privado 43. Colombia.
10. Finn Iuris Markus (2015). Aspectos fundamentales de la responsabilidad civil alemana en el ámbito de cirugía Estetica. Revista chilena de derecho privado RChDP Nr:25 Santiago de Chile.
11. Fiorentino Jorge (2004) Los desconocidos deberes y obligaciones de los pacientes. [Http://www.intramed.net/contenido.asp? contenido ID=29474](http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=29474)
12. Gil Hernández A. (2008) Estudio Médico forense de la responsabilidad profesional medica Revista de Estudios Jurídicos no 8. España.
13. Giraldo Natalia Restrepo (2015) Tendencia de las demandas por responsabilidad medica radicadas en el cendes entre 2010 y el 2014. Facultad de Medicina. Medellín. Colombia.
14. Guzmán Brito A (2000) La codificación civil en Iberoamérica siglos XIX y XX Santiago de Chile. Editorial Jurídica.
15. Lema Latorre Alberto Geovanny (2015) Responsabilidad profesional Sanitaria en Ecuador y sus complicaciones legales. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.
16. Lorrroucau Torres J. (2014) ¿cómo se prueba la responsabilidad civil médica en la justicia chilena? Revista de derecho. volxxxv.nr2 pg.43-79. Chile
17. Martínez Fabián W., Gitard M., Caletta E. (2005) Demandas injustificadas por mala praxis. Reparación del daño Profesional. Bs.As. Argentina.
18. Miranda Suarez Francisco (2015) Demandas por responsabilidad en Chile, análisis de montos, condenas, y duración Escuela de postgrado no 7 Pag:79-102 Revista de derecho. Chile.

19. Morillo A. M. (2007) La responsabilidad civil médica, las llamadas acciones de Wrongfull Birth y Wrongfull. Life: Revista de derecho. Nro. 27. pp.3-37. Barranquilla. Colombia.
20. Morillo Andrea Macia. (2015) la Responsabilidad civil en el ejercicio en grupo de la medicina. RJUAM, no 31, I, pp. 253-282. Madrid.
21. Navarro-Sandoval Cleyber , Arones -Guevara Shermany , Carrera_Palao Rosa , Casana -Jara Kelly, Colque-jaliri Tomasa ((2013)Revista Peruana de Medicina experimental y salud Publica vol.30 NR 3 Lima. Perú.
22. Navia Arroyo Felipe (2006) consentimiento informado y responsabilidad civil médica. Revista de derecho privado. No 11. Chile.
23. Pantin Daniel Jorge (2015) La relación de causalidad en la atribución de la responsabilidad médica. Cuadernos de Medicina Forense. Año 5. Numero 1 (7-14) Argentina.
24. Parra Sepúlveda D.A. La evolución Ético-Jurídica de la Responsabilidad médica. (2014). Acta Bioethica, 20(2):207-213. Facultad de ciencias jurídicas. Universidad de Temuco. Chile.
25. Perea-Perez B., Santiago-Sáez A., Lavajo González M.E., Albarrán-Juan M.E., Dorado Fernández., Garcia_martin A. (2013). El Medico ante los tribunales: análisis de la sentencia judicial relacionada con la responsabilidad profesional médica en España. Revista Española de medicina legal, 39(4):130-134 Madrid.
26. Pérez Arango Juan P., Ayala Fabio A., Quiñones Iván M. (2012) Demandas por responsabilidad medica atendidas en el centro de Estudios en derecho y salud -cences- de la universidad Ces. Medellín 2005 a 2009. Colombia.
27. Revista Estrategas del seguro y la banca (2015) <http://revistaestrategas.com.ar/revista-561.hym1>.
28. Revista RP (responsabilidad profesional) 2015 praxis Médica. Economía de la Mala praxis médica en la Argentina. (8:38) Argentina.
29. Rios Ruiz Dra, Fuentes del Campo Dr. (2016) Medicina Legal una necesidad imperativa en México y Estados Unidos de América. Perfiles de las ciencias sociales Año3, no 6, 100-130pp. Mexico. UJAT.
30. Sanchez D.C. (2011) Los derechos y deberes de médicos y pacientes desde la vigencia de la ley 26. 529. PrudentiaLuris70, 165-186. Recuperado <http://biblioteca digital.ucaedu.ar/repositorio/derechos-deberes-médicos-pacientes-26529>[fecha de consulta 06/07/2017].
31. Sardinero García Carlos y col. (2016) Responsabilidad por perdida de oportunidad asistencial en la medicina pública española. Asociación Nacional de médicos forenses. Revista Española de medicina legal Elviesier España.
32. Tamara marcela L., Jaramillo S Sofía H., Muñoz P Luía E., (2011). Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. Revista Colombiana de anestesiología, vol39 Bogotá. Colombia.
33. Tümer AR, DenerC (2006) Evaluation of surgical malpractice in Turkey. Leg Med. 8(1):11-5Tokyo
34. Vicente Domingo E. (2008) El daño en: Bustos Lago JM, Regleto Campos LF, lecciones de responsabilidad civil. Pamplona. España. Editorial Arazandi.
35. Vitolo Fabián. (2008) Aspectos médicos-Legales y Manejo de Riesgos en Ortopedia y Traumatología. Biblioteca Virtual NOBLE. Bs.As. Argentina.
36. Wierzbza Sandra M. (2015) La Responsabilidad Medica en el nuevo código civil y comercial de la nación. Revista de Responsabilidad civil y Seguros - La Ley nr9, pg. 5 a 25.

37. Wierzba Sandra M. (2015) La responsabilidad Medica en el nuevo código civil y comercial de la Nación. Revista de Responsabilidad civil y seguros -la ley año XVII-número 9-pag.5 a 25 Argentina.
38. Woolcott, O. (2015) La indemnización de las víctimas de riesgos médicos allende los límites tradicionales de la responsabilidad civil. Revista criminalidad,57(1): 61-74. Bogotá. Colombia.
39. Young Pablo, Finn Bárbara, Pellegrini Débora, Bruetman Julio, Trimarchi Hernán (2011) Síndrome clínico judicial Medicina (Buenos Aires) vol.71 Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina.
40. Zurita Navarrete Gerardo Ricardo (2011) Estado actual de las demandas Cirujano General Vol:33Supl.2 México.

IX Anexos: documentación estadística escaneada de originales otorgados por el colegio médico de la primera circunscripción de la ciudad de Santa Fe con los cuales se realizó el presente trabajo

COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE
1° CIRCUNSCRIPCION
SANTA FE

Matriculados a diciembre de 2015: **4937**

Matriculados 2010: 4175
Total de Asegurados a diciembre de 2010: 2257

Matriculados 2011: 4465
Total de Asegurados a diciembre de 2011: 2511

Matriculados 2012: 4349
Total de Asegurados a diciembre de 2012: 2615

Matriculados 2013: 4557
Total de Asegurados a diciembre de 2013: 2694

Matriculados 2014: 4794
Total de Asegurados a diciembre de 2014: 2784

Matriculados 2015: 4903
Total de Asegurados a diciembre de 2015: 2809

Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO

Dr. CARLOS DANIEL ALICÓ
PRESIDENTE

**COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE
1° CIRCUNSCRIPCION
RAFAELA**

Matriculados Período 2010 al 2015: 131

Total de Asegurados: 71



Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO



Dr. CARLOS DANIEL ALÍCO
PRESIDENTE

**COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE
1° CIRCUNSCRIPCION
RECONQUISTA**

Matriculados Período 2010 al 2015: 89

Total de Asegurados: 49



**Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO**



**Dr. CARLOS DANIEL ALÍCO
PRESIDENTE**

CASOS POR AÑO DE 2010 A 2015 DE SANTA FE

AÑO 2010 - 17

AÑO 2011 - 12

AÑO 2012 - 11

AÑO 2013 - 14

AÑO 2014 - 10

AÑO 2015 - 5

TOTAL: 69



Dr. MIGUEL A. AFODACA
TESORERO



Dr. CARLOS DANIEL ALICO
PRESIDENTE

CASOS POR AÑO DE 2010 A 2015 DE RAFAELA

AÑO 2010 - 4

AÑO 2011 - 1

AÑO 2012 - 2

AÑO 2013 - 2

AÑO 2014 - 0

AÑO 2015 - 5

TOTAL: 14



Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO



CASOS POR AÑO DE 2010 A 2015 DE RECONQUISTA

AÑO 2010 - 2

AÑO 2011 - 2

AÑO 2012 - 4

AÑO 2013 - 2

AÑO 2014 - 2

AÑO 2015 - 1

TOTAL:13



Dr. MIGUEL A. APODACA
TEGORERO



Jr. CARLOS DANIEL ALÍCO
PRESIDENTE

CASOS POR ESPECIALIDAD - SANTA FE

Sin especialidad: 4
Ortopedia y traumatología: 16
Cirugía general: 9
Tocoginecología: 8
Ginecología: 2
Obstetricia: 2
Pediatría: 2
Anestesiología: 4
Anatomía patológica: 2
Cirugía vascular: 3
Urología: 2
Otorrinolaringología: 3
Diagnóstico por imágenes: 1
Oftalmología: 1
Neurocirugía: 3
Nefrología: 1
Clínica médica: 1
Cirugía plástica: 3
Neurología: 1
Geriatría: 1

Dr. MIGUEL A. AFONCA
TESORERO

Dr. CARLOS DANIEL ALICO
PRESIDENTE

CASOS POR ESPECIALIDAD - RAFAELA

Sin especialidad: 2

Ortopedia y traumatología: 1

Cirugía general: 7

Tocoginecología: 3

Ginecología: 1

Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO

Dr. CARLOS DANIEL ALÍCO
PRESIDENTE

CASOS POR ESPECIALIDAD - RECONQUISTA

Sin especialidad: 5

Ortopedia y traumatología: 1

Cirugía general: 4

Tocoginecología: 3

Dr. MIGUEL A. APODACA
TESORERO

Dr. CARLOS DANIEL ALÍCO
PRESIDENTE

