

# La salud del anesthesiologo (Quinta parte)

## Las agresiones por posibles demandas legales

Dr. \*José Roberto Delgado  
Dr. \*\*Oscar Ferrari  
Dr. \*\*\*Miguel Angel Paladino

*"Especialista es aquel que sabe cada vez  
más y más ... de menos y menos...  
hasta que llega a saber todo de nada ..."*

### Introducción

- ▶ Hasta el año 1996 en que se impuso la ley 24.557, los juicios por accidentes de trabajo eran la fuente de recursos más buscada por algunos abogados. La nueva legislación dio por tierra este accionar conocido como "la industria del juicio". Actualmente, la atención de dichos profesionales está centrada en el accionar de los médicos y de las instituciones dedicadas al servicio de salud.

No hace muchos años, el médico era considerado como un profesional de prestigio con una alta consideración social. Hoy, difícilmente pasa un día sin que salga en la prensa una noticia de negligencia médica que nos hace sentir en permanente acoso.

De cara al siglo XXI, la medicina como ciencia y el ejercicio profesional toman un rumbo incierto ante el incremento del número de demandas judiciales interpuestas por parte de los pacientes. Debido a ello, la mayor parte de los médicos están llevando a cabo estrategias multimodales que les permitan obtener "tranquilidad en su ejercicio profesional"; algunas de ellas son el objetivo de estudio y reflexión del presente documento.

### Industria de la demanda

- ▶ La desconfianza del médico en el paciente, de su entorno social y laboral, así como un fenómeno paralelo llamado "industria de la demanda", generan una atmósfera enrarecida y desfavorable para el adecuado desempeño profesional; es necesario señalar que este fenómeno no es exclusivo de los países en vías de desarrollo; más bien podría calificarse como una peligrosa e indeseable importación de los países altamente tecnificados, donde dicho fenómeno se conoce como **medicina defensiva**.

Por medio de diversos medios de comunicación, en congresos, reuniones y en nuestras sociedades, los médicos comentamos nuestras experiencias sobre la responsabilidad

*No hace muchos años, el médico era considerado como un profesional de prestigio.*

*Las demandas de negligencia médica nos hacen sentir en permanente acoso.*

\*Médico Anestesiólogo. Ex presidente de la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología, Analgesia y Reanimación

\*\*Médico Anestesiólogo. Perito Médico

\*\*\*Médico Anestesiólogo

profesional y manifestamos nuestras angustias y temores ante la dura realidad que nos toca vivir. Muchos colegas han compartido en estos medios sus dolorosas y amargas experiencias, resultado del desempeño profesional que los llevaron a los tribunales. Algunos solicitan consejo a sus colegas sobre casos que consideran "de difícil comprensión", casos clínicos esporádicos o especiales que se suscitan en el ámbito hospitalario y que con mucha frecuencia generan angustia entre los profesionales que tienen que intervenir. Muchos otros hablan sobre **sus miedos**, que por actos rutinarios se vean sometidos al estrés de pasar por esas situaciones. Esta situación lleva a meditar sobre el futuro y cómo enfrentar cada día nuestra profesión. Es de suma importancia comprender que la mayoría de las veces lo que altera la vida del profesional sometido a un juicio por mala praxis no es tanto el resultado sino el proceso en sí mismo. Esto significa decir que mientras dura el proceso (2 a 5 años) el médico no sabe si vende todo, se va a otro país, deja la especialidad, si sigue estudiando y dedicándose como antes, si trabaja para pagar el juicio, si le van a sacar el título, etc. Los colegas que debieron soportar esto pasaron un verdadero calvario donde la angustia y la desesperación son el común denominador.

*Lo que altera la vida del profesional sometido a un juicio por mala praxis no es tanto el resultado sino el proceso en sí mismo.*

#### Medicina defensiva

- ▶ Una forma de enfrentar esta situación es ejerciendo lo que se ha dado en llamar medicina defensiva, que consiste en procesos no dirigidos a la curación o reparación de la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas. En la práctica se trata de una excesiva cantidad de precauciones y estudios complementarios, que además de costosos pueden implicar en sí mismos un riesgo adicional para el paciente, además de la lógica incomodidad. De este modo, un desenlace no deseado aparece como el riesgo propio de la medicina.

#### Relación médico-paciente

- ▶ Con referencia a la relación médico-paciente, y ante los embates de la reducción economicista de tal relación, es necesario que la comunidad médica pueda dar una respuesta creativa e ingeniosa a los mismos, con el propósito de no caer en la "medicina defensiva". Para esto, una de las posibilidades es trabajar en grupos transdisciplinarios donde la inclusión de las especialidades afines y de la psicología en todos los ámbitos sea una constante. Esos grupos ayudarían al médico y lo convocarían a compartir la experiencia y decisiones en forma grupal; si esto se realiza como una gimnasia diaria, resultaría en mejores y mayores beneficios para los actores de este drama: por un lado, el enfermo y su núcleo familiar, y por el otro los médicos, que se sentirán más apoyados en su tarea y en la toma de decisiones, en la mayoría de los casos no muy fáciles de adoptar.

Existen otros múltiples factores antagónicos que en parte también podrían justificar el ejercicio de la medicina de-

fensiva. La conjunción laboral de directivos depositarios de la herencia del modelo paternalista con nuevas generaciones de médicos educados en el actual modelo altamente tecnificado provoca continuos desencuentros y conflictos de intereses que entorpecen el desempeño profesional de los subordinados, sometiéndolos de manera rutinaria e injusta a situaciones y ambientes clínicos poco favorables y, por ende, exponiendo a los pacientes a riesgos innecesarios.

Es común encontrar estos campos clínicos y su desarrollo en la pasividad intelectual-académica de las instituciones de asistencia social, que a su vez contrastan con la distribución desequilibrada y excesiva del trabajo causada primordialmente por la carencia de recursos económicos, humanos y materiales básicos, así como por la planificación y ejecución de estrategias. Nótese que desde esta perspectiva el acto médico ya no es concebido como de fundamental auxilio a los enfermos, sino como un "trabajo" que se debe realizar a un cliente; no obstante, intentan otorgar servicios médicos que son insuficientes, tardíos y de elevado costo a una sociedad altamente demandante de resultados.

#### **Elevado costo**

▶ A nivel privado, los prestadores del servicio presentan dificultades diferentes; por un lado, su elevado costo (que muy pocos pueden financiar) contrasta con una pobre infraestructura que generalmente no reúne los estándares mínimos de calidad y seguridad necesarios, pero que en sus promociones publicitarias ofrece la falacia de la comodidad, seguridad y hasta lujo; de igual forma se disfraza el anhelo de riqueza con el espectro atractivo de la primicia, exclusividad o destreza. Aunque este antifaz no caiga ante una complicación o diversas circunstancias que se suscitan en la atención de los pacientes, promueve un ambiente propicio para generar desconfianza entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos; y si por el contrario la verdad queda al descubierto, dañan para siempre la imagen de las empresas y los profesionales médicos.

Como respuesta ante tales escenarios, la sociedad deposita sus esperanzas en los tribunales, aumentando con ello el descontento y en ocasiones lesionando sin fundamentos a los médicos e instituciones prestadoras de estos servicios. De ahí la necesidad de los gobiernos de legislar insistentemente sobre estas relaciones jurídicas y buscar nuevos medios de solución de controversias.

Por otro lado se generan nuevos problemas al solicitar, ante una atención cada vez más institucionalizada para grandes grupos poblacionales, una práctica clínica más individualizada o personalizada. Estos parámetros forman parte de la complejidad de cada relación médica, es decir, son el resultado inevitable de la interacción entre las necesidades cambiantes de cada enfermo, de la infraestructura de las instituciones y de la sensibilidad y competencia del médico.

*La sociedad deposita sus esperanzas en los tribunales, aumentando con ello el descontento y en ocasiones lesionando sin fundamentos a los médicos e instituciones prestadoras de estos servicios.*

### Error de omisión

- ▶ En un modo simplista podemos identificarla como el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el propósito explícito de evitar controversias. El médico realiza o solicita una serie de estudios innecesarios o excesivos para intentar protegerse de una posible demanda derivada de lo que últimamente se llama como "error de omisión".

A simple vista la conducta no parece mal intencionada y sí benéfica, ya que el implemento de los muy diversos, sensibles o específicos métodos diagnósticos actuales podría en determinadas circunstancias evidenciar entidades patológicas que se encontraban por debajo del umbral clínico, aunque no fueron diseñadas para tal fin. A su vez, los medios terapéuticos son comúnmente utilizados en forma "profiláctica" aunque no exista evidencia documentada de tal necesidad: Ambas situaciones son además contrarias a la ética y deontología médica, porque dejan de lado los principios del buen juicio clínico, sin olvidar que muchos métodos diagnósticos o terapéuticos no son inocuos y por lo tanto ponen en riesgo innecesario a los usuarios del servicio, además del implícito costo más elevado, que si se evalúa a nivel de las instituciones prestatarias privadas u oficiales, ha tendido resultados económicos catastróficos para su funcionamiento y supervivencia.

### El futuro de la medicina

- ▶ El futuro de la medicina corre el peligro de elevar a niveles incalculables sus costos y, simultáneamente, la relación médico paciente puede tornarse en una tensa correspondencia de embates legales. Una queja por mala práctica es nociva para el prestigio del médico y las instituciones donde trabaja, y desastrosa para el estado de ánimo del binomio; en fin, deja marcado de por vida a quien lo sufre (médico y paciente); el médico, ante la imposibilidad de retirarse del ejercicio profesional, perpetúa la práctica de la medicina defensiva.

Es por ello que debe identificarse claramente, en todos los ámbitos y escenarios posibles, para procurar evitarla y mejorar con ello la tan desgastada relación médico-paciente, para mejorar el desempeño profesional y mantener a la ciencia médica en un rumbo claro, sustentable y ético, evitar las quejas o demandas y recuperar la confianza en las instituciones.

### El riesgo elevado

- ▶ Otro de los mecanismos es el de la no actuación ante casos identificados como de "riesgo elevado" (nótese la dualidad del concepto, ya que el riesgo elevado lo es para el médico y no para el paciente). Muchos médicos y centros hospitalarios niegan servicios a los usuarios aduciendo múltiples argumentos; tal vez los más frecuentes sean la falta de recursos humanos, sea profesional o técnico, de insumos, equipos e instrumental, así como de elementos deseables pero no indispensables. Existe además el complemento de esta estrategia en la que no se niega el servicio al paciente, sino que se opta por enviarlo mejor a otro centro hospita-

*Médicos y centros hospitalarios niegan servicios a los usuarios aduciendo múltiples argumentos: sea la falta de recursos humanos, de insumos, equipos e instrumental, así como elementos deseables pero no indispensables.*

**El miedo y sus conductas**

lario con más jerarquía en donde podrá ser “mejor atendido”. Si bien este procedimiento es efectivamente correcto en algunos casos, cuando se lo utiliza como escudo para no atender a determinados pacientes puede ser clasificado como medicina defensiva, ya que además de negar la atención inicial en un centro con profesionales y capacidad técnica necesaria y suficiente, dilata la atención del enfermo, tanto en situaciones electivas como de urgencia, lo que puede impedir realizar un tratamiento oportuno y adecuado.

Una vertiente tal vez más peligrosa, es la que resulta del desencuentro entre criterios de diversos médicos; algunos optan por descalificar sistemáticamente todos los esfuerzos de sus colegas o competidores, creando en el paciente no solo desconfianza e incertidumbre respecto de la actividad médica, sino también en lo que la actual ciencia médica puede ofrecer. Más lamentable es cuando esta conducta es consecuencia de una mala relación interpersonal entre los médicos participantes en la atención de algún enfermo.

► Diversos estudios nacionales e internacionales muestran que en los países desarrollados parece haber un relativo estancamiento de la incidencia de riesgos laborales tradicionales (accidentes de trabajo y enfermedades específicas o monocausales), mientras que asciende la prevalencia de enfermedades multicausales relacionadas con el trabajo, en particular los síntomas asociados al estrés.

En este sentido, las situaciones que se dan en cualquier sistema de trabajo, entendido como un conjunto de variables interdependientes dirigidas a alcanzar un fin común, que interactúan y se influyen mutuamente, abarcan los siguientes elementos:

- Las personas.
- El trabajo a realizar.
- Los resultados esperados en términos de calidad y cantidad.
- Los efectos sobre la personas, tanto positivos como negativos, y en términos de salud física y psíquica
- Accidentabilidad.
- Las adaptaciones a los efectos y resultados ocurridos.

No obstante, desarrollar una adecuada gestión preventiva supone de forma necesaria establecer un sistema productivo que garantice una serie de medidas y estrategias de actuación en el propio funcionamiento de la empresa de salud.

El estrés es entonces una respuesta general adaptativa del organismo ante las diferentes demandas del medio cuando éstas son percibidas como excesivas o amenazantes para el bienestar e integridad del individuo.

En este aspecto, es necesario enfatizar que el estrés como tal es una fuerza que condiciona el comportamiento de cada persona, el motor adaptativo para responder a las exigencias del entorno cuando éstas se perciben con continuidad

*El estrés es una respuesta adaptativa del organismo ante las diferentes demandas del medio cuando éstas son percibidas como excesivas o amenazantes para el bienestar e integridad del individuo.*

en el tiempo; si su intensidad y duración exceden el umbral de tolerancia de la persona, comienzan a ser dañinas para el estado de salud y la calidad de vida del sujeto. Niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés; toda persona requiere de niveles moderados para responder satisfactoriamente, no solo a sus propias necesidades o expectativas, sino también a las exigencias del entorno.

#### Las demandas

- ▶ Un mal resultado médico no implica necesariamente una mala praxis. Es frecuente observar en diarios y otras publicaciones avisos de estudios jurídicos especializados en "daño médico". Estos avisos, destinados a pacientes o familiares de pacientes que han sufrido un mal resultado, no suelen referirse a "mala atención médica", sino que directamente se focalizan en "el daño".

Sin embargo, para que quede configurada una mala praxis es imprescindible la presencia simultánea de tres elementos:

- Que exista evidencia de una falta médica
- Que exista evidencia de daño en el paciente
- Que exista evidencia de nexo causal entre la falta y el daño.

Un mal resultado médico es el principal factor de riesgo para que ocurra una demanda por mala praxis.

Los malos resultados médicos con praxis adecuada, paradójicamente, son los que generan el mayor porcentaje de demandas por mala praxis.

En algunos casos, inclusive, los profesionales terminan siendo condenados por hechos que nada tienen que ver con la atención que recibió el paciente. Las demandas pueden ser encuadradas de acuerdo con la responsabilidad en:

- Negligencia: actuar con falta de cuidado, no hacer su deber, no estar o no actuar.
- Impericia: falta de conocimientos o de práctica, no saber.
- Imprudencia: emprender actos inusitados, fuera de lo corriente, no tomar las debidas medidas de previsión, ir más allá de donde se debió.
- Dolo: maquinación o artificio para dañar a otro. Actuar con la finalidad de provocar daño.
- Mala práctica: actuar con negligencia, impericia o dolo por una actuación errónea del médico.

Algunos datos parciales pueden mostrar partes del problema. De acuerdo con los datos recopilados en las compañías de seguros:

- El 32% de los reclamos contenciosos recaen sobre los médicos.
- El 68% restante sobre instituciones médicas, incluyendo hospitales, obras sociales y empresas de medicina prepaga.

*Para que quede configurada una mala praxis es imprescindible la presencia simultánea de tres elementos.*

Datos sobre demandas en hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, entre 1982 y 1993:

- El 26% de los juicios corresponde a Obstetricia.
- El 25% a Cirugía.
- El 14% a Traumatología.
- El 10% a Pediatría.
- El 9% a Clínica Médica.
- El 8% a Infectología.
- El 4% a Anestesiología.
- El 4% a Cirugía Plástica.

*El 4% a Anestesiología.*

Del total, sólo el 17,3% fueron sentencias condenatorias.

- En materia penal, prosperó el 20% de los casos con un sobreseimiento del 80%.
- El monto promedio por demanda en 1993 y para ese grupo de instituciones, fue de \$583.000.

En el período que va de 1997 a 2002 se puede ver que:

- La siniestralidad global se incrementó en 240,58%.
- El inicio de las acciones legales en sede penal se incrementó en 80%.
- Los reclamos en sede civil aumentaron 26,42%.
- Aproximadamente 40% de las demandas involucraron a un solo profesional, un 30% a dos profesionales y un 8% a tres profesionales.
- El 50% de las demandas involucraron a una sola institución y un 5% a tres instituciones.

La demanda puede ser penal o civil y se presenta en instituciones competentes en la forma de denuncia, demanda o queja. El derecho de optar por una vía no se excluye entre sí. La palabra demanda se utiliza prácticamente como sinónimo de denuncia, demanda o queja.

*La demanda puede ser penal o civil y se presenta en instituciones competentes en la forma de denuncia, demanda o queja. El derecho de optar por una vía no se excluye entre sí.*

**Demanda penal** ► Es una denuncia que se presenta ante el ministerio público y comprende dos etapas:

- La de la investigación previa.
- La del proceso penal.

Las sanciones pueden ser:

- Sanción pecuniaria, que comprende la reparación económica del daño.
- Suspensión del ejercicio profesional.
- Privación de la libertad.

**Demanda civil** ► Es una demanda que se presenta ante el juez civil que puede resultar en una: sanción pecuniaria (económica) para reparar los daños y perjuicios ocasionados. El daño puede ser físico (material o patrimonial) y/o moral (extra patrimonial).

**Estrategias  
para disminuir  
las demandas**

- ▶ Los juicios por mala praxis contra el Estado se han incrementado notablemente en los últimos años, sobre todo en Capital Federal y los municipios del Gran Buenos Aires y en las grandes ciudades del interior del país. Es necesario que los médicos, en particular los anesestsiólogos, conozcamos nuestras obligaciones y derechos. Desgraciadamente, las normas jurídicas que regulan nuestra actividad no están en un solo texto, sino dispersas en diversos cuerpos de leyes, códigos y reglamentos, lo que dificulta su conocimiento.

Muchas veces por ignorancia incurrimos en incumplimiento de obligaciones, lo que no es reprochable. El reclamo se realiza a través de procesos penales, civiles y/o administrativos, iniciándose una demanda (conflicto médico-paciente).

*Muchas veces por ignorancia incurrimos en incumplimiento de obligaciones, lo que no es reprochable.*

**Consulta  
preanestésica**

- ▶ Desde hace ya varios años, en muchos lugares del mundo el aumento del conocimiento científico en nuestra especialidad redujo extraordinariamente la morbi-mortalidad (entre 1984 y 1995 la mortalidad disminuyó diez veces), existiendo incluso jurisprudencia por lesiones o padecimientos vinculados a la no utilización de dichos recursos probados como beneficiosos. En la consulta anestésica se deben evaluar diversos factores, entre ellos: la vía aérea, para detectar cualquier dificultad (la principal causa de demandas judiciales a médicos anesestsiólogos por lesiones o muertes relacionadas con la anestesia son los problemas en la vía aérea); antecedentes de hipertermia maligna; fármacos que recibe el paciente (anticoagulantes cuando se va a realizar un bloqueo); exámenes de laboratorio (detección de trastornos de coagulación, también frente a un bloqueo). En un estudio de mortalidad relacionado con la anestesia que se realizó en el sur de Gales, se determinó que el 44 % de las muertes estaban asociadas a inadecuada preparación anestesiológica preoperatoria.

El 40 % de las muertes relacionadas con la anestesia se debe a problemas que acontecen en la posanestesia. La mayoría de las muertes ocurren en las 2 primeras horas que siguen a la salida de la sala de operaciones (el 70% en la primera hora). El manejo de estos problemas se resolvió en el "primer mundo" (Australia, España, Francia, EE.UU., Bélgica, Italia, Canadá, etc.) con la creación hace ya muchos años de salas de cuidados posanestésicos, donde los médicos anesestsiólogos aseguran a través de cuidados específicos, que el paciente alcance condiciones apropiadas para el alta anestésico.

Un anesestsiólogo asiste a su paciente desde la visita previa hasta dejarlo al cuidado de otro médico igualmente calificado en posanestesia. La visión actual de la anestesiología va más allá del quirófano y es necesario redefinirla; anteriormente nuestra actividad se centraba en la preparación y administración de anestesia intraoperatoria, y nuestros esfuerzos estaban centrados fundamentalmente en que no ocurrieran efectos indeseables ni accidentes en los pacientes.

*El 40 % de las muertes relacionadas con la anestesia se debe a problemas que acontecen en la posanestesia.*

*La visión actual de la anestesiología va más allá del quirófano y es necesario redefinirla.*



## “El desconocimiento de la ley no nos libera de su cumplimiento”

### Decálogo para evitar juicios por mala praxis

- El paciente nunca es objeto, “es sujeto”
- Obtener pericia
- Dejar constancia de lo actuado
- Hacer sentir participantes a los familiares
- Informar sobre los objetivos y riesgos
- No falsear
- Reconocer los límites
- Ser diligente, no abandonar al paciente
- Ser prudente
- Cobrar lo justo

### El consentimiento informado

► El consentimiento informado es una nueva obligación cultural en el desarrollo de la relación médico-paciente; en esta relación actualmente se reclama mayor respeto a las personas del que se brindaba hasta mediados del siglo XX. El consentimiento informado debe ser una estrategia que garantice la autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica a priori; ya no se trata de imponer el bien al enfermo a juicio y valores del médico, con aceptación del servicio más o menos presupuesta o inferida, sino de revelar cuáles son sus verdaderas expectativas y preferencias para que, en la medida de lo posible, nos adaptemos a ellas con lealtad, poniendo a su disposición nuestros conocimientos, capacidades y destrezas. Entendido así, el consentimiento informado forma parte de la nueva cultura clínica y el inicio del desarrollo de una relación clínica institucionalizada más justa, de la misma manera que los derechos humanos lo son en las relaciones interpersonales. Todo enfermo capaz de tomar decisiones y con autonomía debe ser considerado libre y competente para decidir sobre su salud, integridad y futuro; por lo tanto, tiene el derecho de intervenir activamente en las decisiones clínicas que le afectan, y así aceptar o negar lo que se le propone después de tener información suficiente para ello. El escrito firmado debe ser sólo una garantía de que el enfermo ha tenido una o más oportunidades de manifestar la necesidad de una atención de calidad y cuidadosa, calificada a su propia manera, al poder construir y defender su autorrealización. De tal suerte, alguno querrá saber muchos detalles de antemano, incluyendo alternativas no habituales; otro solicitará más cautela y tiempo para aceptar las cosas, y un tercero puede preferir no tener detalles que le pudieran generar más angustia de la necesaria.

Por último, y a modo de conclusión, recordemos que la cultura de la demanda por “mala practica” se sustenta en varias razones: la pérdida de la relación médico-paciente,

*El escrito firmado debe ser sólo una garantía de que el enfermo ha tenido una o más oportunidades de manifestar la necesidad de una atención de calidad y cuidadosa.*

el consumismo que nos ha llevado a considerar a la salud como un servicio comprable, la aparición de los seguros de gastos médicos e instituciones de seguridad social con servicios de atención médica, la proliferación de facultades de medicina que forman profesionales pobremente preparados, los cambios en las telecomunicaciones y la educación de los pacientes. El resultado de todo esto es que en los últimos años los pacientes pasaron de tener una actitud sumisa y pasiva a una más activa y de exigencia.

***El único médico que no se equivoca nunca y no está en riesgo es el que no ejerce.***

#### Bibliografía

- Bianchini Matamoros, M. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. Med. leg. Costa Rica, nov. 1997, Vol. 13-14, N° 2-1-2, p.189-192.
- Da Silva H, Daniel Vega E, Pérez A. (1999), Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los Profesionales Sanitarios de un Hospital General. Actas Españolas de Psiquiatría. 1999. Vol. 27, N° 5.
- Díaz Pintos G. El consentimiento: ¿Una garantía de la autonomía del paciente o un expediente para eximir responsabilidad? Derecho y Salud 1998; 6: 25-29.
- Dumeynieu I, Lipko E. Patología laboral del equipo de salud mental". Editorial Lugar, febrero 2004,
- <http://www.azpersonalinjury.net/medmal/index.html>
- <http://www.diariomedico.com/profesion/prof220999com.html>
- Informe del Año Internacional de la Tolerancia. París: Dirección General: UNESCO, 1997.
- López Ordóñez MA, Manrique Vaca I, García Torres C: Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Trabajo presentado en el 3er Congreso de Derecho Médico, Bogotá, Noviembre de 2002. Revista médico-legal, Vol. IX, N° 11, pág. 30-39.
- Molina, A; García MA; Alonso M; Cecilia, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Atención Primaria 2003;31(9): 562-574.
- Oviedo, C; Laguna-Calderon, J; Mendoza, M. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de atención. Rev. salud pública de México.1994: Vol. 36, N°1.
- Pachón M: Valoración del riesgo en anesestesiología. Rev. Col Anest., 24:213,1995.
- Rivero Serrano, O. Revista Conamed, 1999, Año 4. Vol. 2. N° 13, pp. 7-11.
- Segura Rios, C. El Consentimiento Informado, IICVMA, 2002, México.
- Sobrequés, J; Cebriá, J; Segura, J; Rodríguez, C; García, M; Juncosa, S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Atención Primaria; 2003: 31(4): 227-233.
- Urzola, AE: Riesgo anestésico, Mortalidad en Anesestesiología. Rev. Col. Anest. 24, N° 3, 231-237, 1996.
- Zaldúa G. Lodieu MT; Tisera A. La salud de los Trabajadores. Estudio del Síndrome Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. Año 2000, Resúmenes de congreso. Pág. 36.

**Dirección Postal:** Dr. Miguel Angel Paladino  
**E-mail:** paladino@ciudad.com.ar