



Reflexiones médico-legales sobre la actividad profesional de los médicos obstetras

ENRIQUE BANTI¹

Escribía el Profesor Dr. Juan León² en el prólogo de su magnífica obra de nuestra especialidad: “Ya hemos destacado en otra ocasión todo el significado que posee el diagnóstico correcto, el diagnóstico que sólo es capaz de formular el facultativo cuando, mediante un hábil interrogatorio y un minucioso examen, sabe indagar los síntomas y descubrir los signos que ofrece su paciente... sin un buen diagnóstico, no existe la posibilidad de sentar un pronóstico exacto, *y sabido es que en ninguna rama de la medicina resaltan más que en la nuestra, los errores en las predicciones*”³.

También otro Maestro de la Obstetricia, el Profesor Dr. Manuel Luis Pérez⁴, en su obra describía: “Por último, *no es necesario permanecer al lado de la parturienta* cuando sea primípara y el parto evolucione normalmente (hasta 6 o 7 cm de amplitud cervical); pero en la múltipara, antes de esa dilatación (5 cm) *convendrá volver junto a ella*”⁵.

Ambos escritos expresan: el primero, el arte obstétrico y la jerarquía que implicaban los errores cometidos en la especialidad, y el segundo, la “comodidad” con la cual se movían y desempeñaban su tarea en el *arte de partear*, los profesionales obstetras, sin la presión ejercida por parte de una sociedad que era socioeconómica y culturalmente, quizás, algo distinta a la actual, que no justifica lo adverso.

Frente al panorama que ofrece en estos momentos y desde hace varios años el *ejercicio habitual* de la especialidad y su contrapartida, *el ejercicio habitual* en la esfera judicial, debido a la gran cantidad de procesos judiciales por responsabilidad profesional médica, es que se impone tratar

¹Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico Forense de la Justicia Nacional. Correo electrónico: ebanti@fibertel.com.ar

de esbozar algunas reflexiones de las causas y circunstancias que abonan ese panorama.

Es en el año 1513 que aparece el primer libro sobre obstetricia, atribuido al médico Eucharius Rosslin, escrito para las denominadas “matronas” y que se denominó: *“Florilegio para mujeres en estado de buena esperanza y comadronas”*⁶.

A partir de allí, la especialidad ha ido creciendo y nutriéndose del aporte de numerosos científicos que fueron modificando las prácticas y desarrollando otras nuevas, produciéndose un incremento incesante de su actividad y junto a ella el aumento de las demandas judiciales.

El ejercicio de la profesión médica, en la actualidad, resulta conflictivo en casi todas las especialidades, ya sea por los factores que dependen del médico, de la infraestructura en la cual desarrolla su tarea o por las características del propio paciente, entre otras cosas, pero es en nuestra especialidad donde cobran jerarquía, estimamos y siguiendo a diferentes autores⁷, por ciertas características de ella que involucran no sólo al binomio padres-hijo, sino también a los familiares que rodean a esa pareja que aguarda con elevada ansiedad (al menos en la mayoría de los casos) el nacimiento del hijo.

En realidad y como lo marca la historia, siendo contrario a todas las demás ramas del arte de curar en las cuales se comienza con la intervención médica en el proceso de una enfermedad, en el ejercicio de la obstetricia raramente esto ocurre así, debido a que en la inmensa mayoría de los casos la pareja embarazada que concurre a la consulta es sana y deposita en manos del obstetra un proceso “fisiológico”, como es el embarazo, parto y el puerperio.

La tradición hipocrática y la evolución del arte obstétrico así lo marcan y por eso esta disciplina se mantuvo excluida del terreno médico y, por lo tanto, de la participación del galeno durante milenios.

La obstetricia se encontraba reservada a las mujeres y no a los hombres en la antigüedad, y los temas relacionados con el embarazo eran patrimonio de la mujer y una cuestión única-

mente femenina. Hasta el siglo XVI existía una fuerte oposición a la presencia del varón, llámese médico, en estas cuestiones.

Es recién para la época de la Revolución Francesa en que hacen su aparición los “descubrimientos científicos” y con ellos comienza a percibirse la presencia del embrión y del feto trayendo grandes modificaciones en la intervención médica en esta materia.

Cambia el sentido de la gravidez y el rol de la mujer, se desarrolla el arte obstétrico, y en los embarazos y partos difíciles comienza la intervención del médico, todo ello provoca el cambio de autoridad en la materia, que ya no es la mujer, sino la ciencia⁸.

Este concepto tan arraigado en otras épocas y que consiste en tomar a la obstetricia como “un hecho que parece negarse a ser caratulado como médico”⁹ implica que pareciera exento de riesgos y de resultados adversos, pero sin embargo, cuando aparecen, siempre alguien debe responder ya que ocurre la antítesis de lo creído y el conflicto legal es algo, en la actualidad, obligado.

Tal es la creencia a partir de la premisa que “el parto es algo seguro” que también en ciertos estrados judiciales caratulan a este evento (el parto) como algo absolutamente exento de riesgo y consideran la obligación del obstetra como de “resultado”.

A manera de ejemplo, transcribimos un párrafo, de hace algunos años, de este argumento escrito por un Juez:

“La correspondiente atención de un parto no puede colocarse en el cuadro de las intervenciones de dudoso resultado, pues sería crear riesgos donde no los suele haber, y pretender en esta área la ejercitación de la medicina como si fuera de logros imprevisibles cuando, todo lo contrario, la realidad notoria muestra su previsibilidad habitual y corriente. Por lo tanto sostener que al profesional de estos tiempos sólo se le puede exigir buena fe, buena voluntad y correcto ejercicio ético de su atención, resulta prolongar un concepto perimido para apoyar práctica-

mente la irresponsabilidad, que no atiende al desarrollo y evolución de la ciencia médica, de sus medios técnicos y de sus investigaciones contemporáneas. Flaco servicio se haría a la dignidad profesional y científica de ahora, si se la quiere rebajar al manejo de lo que buenamente se pueda lograr, del azar o de los tratamientos primitivos, como el caso de la partera o matrona de campaña”¹⁰.

Es evidente que quien afirma estas conclusiones, no conoció nunca una sala de partos, ni conoció la hemorragia del posalumbramiento, ni la distocia de hombros, ni el sufrimiento fetal agudo, ni la retención de cabeza última en un trabajo de parto en presentación pelviana, es decir, en definitiva, escribe y sentencia, sin saber ni conocer...

“Las distintas variables que pueden presentar los partos”, “la existencia real de los riesgos obstétricos y con ellos la particular heterogeneidad y complejidad que los caracteriza”¹¹ ha llevado a decir a Vázquez Ferreira que “todo parto está sujeto al riesgo propio de toda actividad médica”¹².

Es indudable, por otra parte, que en nuestra especialidad los daños se potencian, dado que el recién nacido constituye la proyección de los temores, no sólo de los padres, sino también de los abuelos y familiares en general que se rompen bruscamente en el momento del nacimiento con la aparición de un elemento adverso o contrario a dicha carga.

El daño surgido, sea poco o grande en su dimensión, es una situación conflictiva y difícil de superar, y si se produce la muerte del recién nacido, el duelo que se genera tiene características superlativas y nada se perdona ni nada se olvida, es más, alguien debe pagar por lo que ha sucedido, y la solicitud inmediata de explicaciones al profesional tanto de la pareja como de la familia es la antesala del litigio judicial.

A lo largo de la práctica asistencial hemos podido comprobar una menor tolerancia a aceptar lo adverso en las situaciones obstétricas, con respecto a otras especialidades.

Otro elemento peculiar y que condimenta a la especialidad para tornarla vulnerable es, en nuestra opinión, la “*delegación de funciones*” a

la que muchas veces somos adictos los médicos obstetras, debido a que, si bien la prestación asistencial a cargo del profesional obstetra puede ser confiada a alguno de sus colaboradores, llámese obstétrica, ayudante, enfermera, residentes, y si bien dicha delegación es viable, en el caso de mal desempeño del auxiliar, subsiste totalmente la responsabilidad del médico que delega.

Consideramos que el contexto anteriormente descrito constituye un terreno muy apto para el desarrollo de litigios, ya que la especialidad se ejerce casi a diario y en forma continua delegando funciones generalmente a la obstétrica o al médico residente en situaciones en donde el profesional a cargo de la paciente debe encontrarse indefectiblemente y nos referimos, por ejemplo, a situaciones como la rotura de bolsa de las aguas, amniocentesis, la presencia de líquido amniótico meconial, pérdidas hemáticas.

Es nuestra opinión que en el siglo XXI, la especialidad no puede manejarse, ni por la obstétrica ni por el médico, en forma telefónica.

Claro está que en nuestro país, la situación socioeconómica hace que los profesionales desvirtúen el accionar de su profesión, porque si los honorarios percibidos fuesen realmente “honorarios” de su accionar, no necesitarían la diversificación en múltiples tareas para lograr una retribución adecuada para la vida.

Un comentario aparte, como ingrediente de nuestro ejercicio profesional, merece la relación que entabla el médico obstetra con la mujer o con la pareja embarazada (y muchas veces con su entorno, como son abuelos, tíos, amigos, etc.) ya que son peculiares y merecen atención.

El médico obstetra y su paciente embarazada establecen, al menos desde el orden jurídico, un contrato (relación contractual) por el cual el profesional se encuentra obligado a la atención del embarazo pero también del parto y con esto estamos diciendo que desde el Derecho, debe controlar la totalidad del embarazo y realizar el parto, dado que la especialidad y el contrato incluyen ambas situaciones.

Esto consideramos que constituye también un punto frágil de la especialidad con miras a

incrementar los juicios por responsabilidad profesional y si el obstetra tiene motivos para prever que no podrá atender parte de la gestación o que deberá ausentarse en el parto, debe requerir el consentimiento informado inicial a estos aspectos de sus pacientes, porque si se quiebra esa relación contractual sin razón atendible, genera un incumplimiento¹³.

Estos conceptos pueden ser alarmantes para los médicos que ejercemos la especialidad y en el bien decir de Rabinovich: “El obstetra debe calcular su vida a nueve meses de plazo desde la última paciente que tomó”¹⁴.

*Ubi res ipsa loquitur*¹⁵.

Es también clásica la postura del Derecho Argentino sobre la protección del médico obstetra con respecto a la madre y al feto, los dos constituyen sus pacientes, ya que en nuestro ordenamiento jurídico el feto también es una persona, tornando esto una doble responsabilidad del profesional actuante.

La responsabilidad del Estado no es ajena a esta compleja problemática.

Una organización estatal, como la nuestra, que no brinda mayores inversiones en salud, con hospitales abarrotados de pacientes, insumos insuficientes, con escasos profesionales médicos en relación a la alta demanda de pacientes y donde los “honorarios” que se perciben que no son “honorarios” de la tarea desarrollada hacen que el médico se encuentre atrapado entre los magros recursos y la alta exigencia del resultado.

¿Podrá cambiar el médico y el paciente su pensamiento y a través de él su esquema axiológico?

¿Deberá transformar la sociedad y el Estado su accionar como un primer paso para la solución de estos conflictos?

¿Podremos volver a ejercer una especialidad tan pura y noble, como la de ayudar a nacer, sin los apremios de hoy y como la ejercían nuestros Maestros?

Todos estos planteos constituyen hoy sólo interrogantes, ¿serán las utopías del mañana?

REFERENCIAS

2. Ex Profesor Titular de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y ex Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Argerich.
3. León J. Tratado de Obstetricia, Tomo I. Buenos Aires: Ed. Científica Argentina. 1956. (Lo colocado en cursiva es nuestro).
4. Ex director del Instituto de Maternidad “Prof. U. Fernández” del Hospital Alvear.
5. Pérez ML. Compendio de Clínica Obstétrica. Buenos Aires: López Libreros. 1962:171.
6. Citado en: Urrutia A, Urrutia D, Urrutia C, Urrutia G. Responsabilidad médico-legal de los obstetras (2ª edición). Buenos Aires: Ed. La Rocca. 2004:36.
7. Rabinovich R. Responsabilidad del Obstetra. En: Garay OE. Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires: Ed. La Ley. 2002.
8. Para esta interesante visión de la historia de la obstetricia recomendamos la lectura de: Galeotti G. Historia del aborto. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. 2004.
9. Obsérvese que entre el vulgo se encuentra muy difundida la expresión: “el parto lo hace el policía de la esquina”.
10. Fallo de la Sala “C” de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal dado en el año 1987 en el caso Torres de Carballo, Azucena del Valle c/Instituto Antártida S.A. a partir del voto del Dr. Santos Cifuentes.
11. Urrutia A. Responsabilidad Médico-Legal de los Obstetras. Buenos Aires: La Rocca. 1995.
12. Vázquez Ferreira R. Responsabilidad Civil en la Cirugía Plástica y Obstetricia, citado en: Garay OE (*op. cit.*).
13. Sobre este tópico del Derecho Médico, véase la obra de: Garay OE (*op. cit.*).
14. Rabinovich R. Responsabilidad del Obstetra. En: Garay OE (*op. cit.*).
15. Expresión latina que significa: “Las cosas hablan por sí mismas”.