

Responsabilidad médica en Ortopedia y Traumatología*

Dr. DANIEL BATTANI**

Resumen: *He partido de un caso personal de demanda por mala praxis hasta abonar en su universo desde diferentes puntos de vista. Realicé una síntesis histórica de la evolución de la figura del acto médico, finalizando con el incremento de las demandas a los profesionales en estos últimos años. He dado el marco correspondiente a la responsabilidad en Ortopedia y Traumatología y resaltado el daño al enfermo por negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia reglamentaria o de los deberes reglamentarios en un acto médico.*

He pasado revista a los factores positivos y negativos del quehacer profesional, haciendo hincapié en la profunda crisis del sistema de salud.

Definé jurídicamente al acto médico.

Resalto las normas de procedimiento médico legal y el beneficio de su utilidad. Esbozo las reglas básicas del juicio al quehacer médico, reflejando nitidamente a la pericia como factor de decisión fundamental.

Enumero algunos casos de inicio de demanda.

Paso lectura a fallos dando a entender la posición del juez.

Por último destaco la prevención y el rol protagónico de la Sociedad Científica en la dilucidación de esta problemática que nos invade.

Summary: *I started from a personal case on a mal practice claim to examine deeply*

its whole universe from different points of view. I made an historical synthesis of the evolution of the medical fact's figure finishing with the increase of the number of claims made against the professionals in these last years. I gave the frame of reference that sints the responsibility in Orthopaedic surgery and pointed out the damage to the patient when negligence, unskill fullness, imprudence or non observance of duties in medical proceedings are implied.

I reviewed the positive and negative factors of the professional activity stressing on the deep crisis of the health care system. I defined juridically the medical fact.

I pointed out to the medical low proceedings rules and the benefits of their use. I outlined the basic rules of the claims against the medical activity showing clearly the medical expertise as an essential element of decision.

I have listed some cases of initiation of claims.

I mention some veredicts explaining the judge's position.

Finally I emphasize about the prevention and the leading role of the scientific society in elucidating this problematic issue.

I. INTRODUCCION

“En el año 1985 operé un paciente con una fractura de húmero; el mismo terminó amputado por una infección micótica. Este suceso originó un juicio civil contra la institución, que culminó con una indemnización; mientras que para mí, el cirujano, la carga de la pérdida, por parte del pacien-

* Trabajo presentado para optar a Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

** Rivera Indarte 441, 5º “C”, Buenos Aires.

te, de su brazo." Este comentario es el pilar básico de la presente comunicación.

Los cuestionamientos al médico han aumentado últimamente en forma considerable. Simples notas de intención que debemos responder, cotidianamente, demandas en los tribunales, que pueden terminar en indemnización y/o inhabilitación, es la problemática que paso a plantear.

2. HISTORIA DE LA MALA PRAXIS

Es de candente actualidad el tema de la mala praxis y aumentada por la difusión de los medios de comunicación, ante la muerte de alguna figura de público conocimiento.

Aunque en tiempos remotos ya existía el castigo al médico, pues antes de Cristo podía llegar a la pérdida de la mano del galeno ante un daño al paciente (Código de Hamurabi)¹⁰. El error en la Edad Media se consideraba sacrílego. Mientras que durante el siglo XIX la imagen médica está rodeada de un halo de honorabilidad. En el año 1900 el acto médico era visto como un alto deber de altruismo, gozando el galeno de una armadura intelectual idónea. Desde 1930 en adelante el avance tecnológico, la información del paciente y la sociedad de masas llevan al médico cada vez más a hacerlo responsable de sus actos y a responder por los mismos.

Es así como el facultativo está obligado a la utilización de todos los medios para tratar de llegar a la curación del enfermo.

La exigencia social al profesional se hace evidente, y es así como en 1980 aparece en Río de Janeiro una propaganda en la calle diciendo "Víctimas de crímenes médicos"⁴.

En Estados Unidos, durante 1988, hubo 22.000 muertos y 200.000 lesiones por negligencia médica, según la justicia, y los profesionales gastaron un 60% de su ingreso en el seguro³.

Aunque existe un comité de galenos encargado de la auditoría del acto médico que pena la irregularidad con inhabilitación temporaria o definitiva y juicio penal, las demandas no han disminuido.

En Italia la Asociación Médica es la encargada del contralor profesional³.

En Francia el trabajo médico es vigilado por la Orden Nacional de Médicos, con organización regional³.

En Argentina, de los cincuenta mil médicos que ejercen, doscientos han sido inhabilitados en los últimos diez años. Proliferan las demandas a un ritmo de mil por año. Uno de cada doscientos cincuenta médicos no puede ejercer la profesión por inhabilitación⁴.

3. DESARROLLO

3.A. Definición

La responsabilidad es la obligación de todo individuo que ocasiona un daño a responder por el mismo².

La responsabilidad profesional de los médicos en el fuero penal está constituida por los actos médicos no intencionales que para la ley son delito y son punibles con prisión, multa o inhabilitación¹¹.

Mientras que la responsabilidad médica civil constituye el daño corporal con repercusión económica y la reparación indemnizatoria.

Por lo tanto, intervienen cinco elementos en la responsabilidad:

- 1) El médico.
- 2) El acto profesional reglamentado.
- 3) La culpa grave por imprudencia, negligencia, impericia, inobservancia de los reglamentos o los deberes.
- 4) Lesión o muerte.
- 5) La relación causal.

La imprudencia es la falta de discreción, exceso o temeridad. Si un enfermo, anestesiado, no lo sujetamos a la camilla quirúrgica y durante el acto médico se cae, lesionándose¹.

La negligencia es la falta de vigilancia o celo. Un ejemplo lo observamos cuando olvidamos un instrumento quirúrgico en el interior del cuerpo del paciente.

La impericia es la ausencia de conocimientos y la observamos cuando existe una falla grosera de técnica operatoria.

La utilización de productos especiales de preparación exclusiva no autorizados por Salud Pública, es un ejemplo de inob-

servancia de los reglamentos en el cargo. Ausentarse de la Guardia ejemplifica la inobservancia de los deberes en el cargo.

3.B. Consideraciones

Somos cirujanos y nos piden resultados. Por otro lado, la imagen del médico sacerdote de la época primitiva se ha trastocado por la del médico interdependiente de la sociedad de masas. Asimismo, el tiempo de atención que le dedicamos al enfermo ha disminuido considerablemente.

Hoy en día el paciente reúne diferentes opiniones para tomar una decisión sobre su afección.

El profesional está sofocado de información con respecto a los estudios complementarios. También quedamos limitados o excedidos en los estudios prequirúrgicos. La exigencia, evidentemente, es mucho mayor, teniendo en cuenta lo enunciado.

3.C. Factores positivos de la praxis médica en Ortopedia y Traumatología

El cirujano ortopedista será prudente en los cuidados del enfermo.

El paciente estará personalizado, es decir, sabrá quién lo operará. Además deberá ser informado de lo que se hará en su cuerpo y sus probables consecuencias. Aunque será informado debidamente ofreciéndole un resultado, nunca lo podremos garantizar ni haremos alarde de ello. El equipo quirúrgico utilizará un mismo código de procedimiento y de comunicación.

Nuestra formación debe ser continua, sistemática y renovada periódicamente. Tendremos especial relevancia en acercarnos a las sociedades científicas para ello.

3.D. Factores negativos de la praxis médica en Ortopedia y Traumatología

Se ha creado un ambiente disociado entre la obra social que paga y el médico que indica, cuando aquélla no autoriza alguna prestación aconsejada por el facultativo. Existe un deterioro en la relación médico-paciente.

Algunos estudios jurídicos parecen tener voracidad en las demandas a los médicos

e impulsan a los enfermos, incrementando el número histórico de querellas.

El traumatólogo tiene miedo al error y a la demanda; el paciente tiene miedo al daño en su cuerpo.

Actualmente la organización y prestación de la salud es ineficiente, por su escasa infraestructura, por la práctica mercantilista y por el deterioro en la atención.

Este sistema ahoga a una gran cantidad de profesionales, quienes van de un lugar asistencial a otro para compensar la baja retribución tanto pública como privada.

El paciente obtiene dos respuestas diferentes a sus problemas de salud; dicha paradoja produce duda y es generadora de conflictos.

La implantación actual de la medicina modular, es decir, la facturación por módulos de atención, ha restringido el acto médico, por el costo, y es generadora de enfrentamiento entre el médico y el paciente. Asimismo, algunos medios de comunicación ponen de relieve la praxis médica por el caso de una figura política, actoral o de relevancia pública.

Es de destacar que la formación permanente de postgrado es pretendida por aquellos profesionales de mayor promedio, mientras que los de bajo promedio no se actualizan.

Estamos presionados al alta precoz de los enfermos, por el costo que significa la cama ocupada y el postoperatorio.

Existen dos grandes víctimas: por un lado el paciente con su cuerpo dañado, y por otro, el médico con su frustración.

3.E. Normas de procedimiento

Vivimos una medicina auditada, es decir, somos condicionados por las instituciones. Ello provoca actos médicos (colocación de prótesis) con los que no estamos en un todo de acuerdo. Ante todo caso debemos tener en cuenta nuestro criterio, diagnóstico y terapéutica, así como la tendencia del quehacer profesional.

Ahora bien, en el futuro, y en cada lugar de desempeño, deberemos guiarnos por normas legales, poniendo especial énfasis en nuestra función de cuidado del paciente.

3.F. La historia clínica

Mucho se ha hablado sobre ella; es un documento y es considerada nuestra mayor defensa.

Es la constancia escrita de las comprobaciones realizadas en el examen médico y el resultado del examen complementario o de cualquier acto médico efectuado sobre el paciente.

Debe ser ordenada, completa, sistematizada, legible, con la evolución diaria firmada y la constancia del diagnóstico, pronóstico y terapéutica.

Dejaremos constancia de los comentarios hechos al paciente o a sus familiares. Las altas de rutina o voluntarias deben constar en la historia.

Es nuestra aliada más fiel y una de las principales pruebas para los tribunales. Recordemos que la existencia de datos presuntivos en la misma no es determinante de que hubo buen o mal proceder en el acto médico.

3.G. Aspecto jurídico de la praxis médica en Ortopedia y Traumatología

Durante la prestación de salud se producen múltiples vínculos: médico-paciente, médico-paciente-empresa, médico-obra social-paciente, médico-empresa-obra social-paciente, médico-paciente incapaz civil, médico-paciente que no presta consentimiento, equipo médico-paciente.

El contrato médico-paciente es de medios. La obligación de medios está determinada por el método científico, dándole gran importancia a la previsibilidad que el conocimiento médico permite⁴.

El médico tiene la obligación de hacer y ejecutarla en tiempo propio, aunque puede rescindir, siempre y cuando no ocasione daño y asegure la continuidad del cuidado y cuando advierte que no logrará resultado.

Existe enfrentamiento entre el médico y el abogado, llegando a culminar últimamente con el tema de la prueba por parte del profesional ante acusación de mala práctica, concepto que el Poder Ejecutivo vetó con el aval de las distintas asociaciones profesionales y docentes médicas.

Recordemos que existen abogados que impulsan con notas a los pacientes para

iniciar demandas; algunos de ellos han sido sancionados por el Colegio de Abogados.

La prueba de la culpa médica adquiere durante el juicio fundamental y especial relevancia, aunque es de difícil concreción.

Existen muchas teorías al respecto, pero una de las más actualizadas es la de la carga probatoria dinámica. Es decir, el reparto de la carga de la prueba dejando la demostración de ciertos hechos al paciente y otros al médico. Ejemplificando tendríamos, por un lado, si el paciente cumplió la instrucción médica, tomó la medicación, lo visitó regularmente, y por otro extremo, si el tratamiento fue el correcto, según las reglas del arte de curar.

Es así como podemos vislumbrar que las causas de daño imputables a la responsabilidad médica serán: insólito proceder, falta notoria de destreza o torpe error médico y error científico.

3.H. La pericia médica

Constituye el informe de uno de nuestros pares acerca de la conducta médica, tomando en cuenta todos los elementos que concurrieron en la prestación médica.

La palabra del perito es de trascendental importancia e influirá sobre la decisión judicial.

Para ello no actuará con espíritu de cuerpo, indagará todas las condiciones del hecho, tomará distancia de los puntos oscuros, observará los errores groseros, analizará las situaciones de soledad, fatiga, instrumental y ambiente y será prudente en su informe.

Durante un juicio al médico concurren tres factores: el paciente que expone su cuerpo, el médico con su conocimiento y obligaciones, y por último el juez, los abogados y peritos.

4. CASUÍSTICA

Pasaré a relatar algunos casos puntuales de demanda.

1) "Enfermo que presenta un cuadro de dolor de rodilla rebelde al tratamiento y es infiltrado en consultorio externo, pro-

duciendo una artritis postinfiltración." Como todos sabemos, la infiltración es una práctica invasora y compleja cuando es articular; por lo tanto es preferible realizarla en un medio aséptico, como el quirófano.

2) "Paciente portador de una sinovitis crónica inespecífica de rodilla posterior a una artrografía." Este estudio, como sabemos, es invasor y avalado por las sociedades científicas. Presenta una morbilidad reconocida y entre ellas se encuentra la inflamación (sinovitis).

3) "Paciente operada de fractura de cadera en mesa de tracción; posteriormente al acto quirúrgico presenta un cuadro de erosión vulvar. Es comprobado que una gasa con alcohol yodado fue la causa del daño." Debemos ser cuidadosos con los elementos que usamos con el paciente y cómo los utilizamos.

4) "Enfermo al que se realiza estudio artroscópico en la rodilla y que adquiere una cicatriz queloide de un centímetro postcirugía." Esta es una de las posibles complicaciones de cualquier incisión quirúrgica.

5) "Paciente con artrosis de rodilla, realizándosele una osteotomía y colocándosele un elemento de osteosíntesis. Sufre una artritis séptica." La infección postoperatoria es inevitable en un porcentaje variable, según el país.

6) "Enfermo operado por revisión de prótesis de cadera y que sufre fractura de fémur durante el acto quirúrgico." Aquí el fresado del canal es parte de la técnica, independientemente de que el hueso sea osteoporótico.

7) "Paciente operado por revisión de prótesis de cadera y donde se realiza una falsa vía, quedando parte de la prótesis fuera del canal femoral." Es una de las posibles complicaciones de la técnica quirúrgica; debemos hacer radiografía intraoperatoria.

8) "Enfermo operado de columna lumbar por hernia de disco y olvido de gasa pequeña en el canal. Al tiempo el paciente presenta una fístula y se infecta." Aquí existió descuido; debemos utilizar elementos de referencia para el recuento de gasas.

9) "Paciente al que se le realiza una calza de yeso por traumatismo de rodilla y que le produce parálisis de ciático poplíteo externo." Debemos aplicar normas correctas técnicas en la confección de los aparatos enyesados y controlarlos.

10) "Enfermo operado de columna lumbar por hernia de disco y presenta lesión de cola de caballo." No necesariamente es mala praxis, puede ser una complicación interoperatoria.

11) "Enfermo operado de costilla cervical y exploración del hueco supraclavicular y que adquiere paresia del plexo braquial." Puede ser una complicación intraoperatoria por la vecindad de los nervios durante la exploración.

12) "Paciente operado de hallux valgus, realizándosele una plástica metatarsal-falángica, osteotomía del metatarsiano y fijación interna. Se produce infección y posterior curación, con secuela para la movilidad." La infección postoperatoria es inevitable en un porcentaje variable, según el país.

13) "Enfermo operado de rodilla, ante síndrome meniscal, y que el resultado presenta disminución de la función." Es uno de los posibles resultados.

14) "Paciente que al inicio de la cirugía de disco lumbar presenta paro cardiorrespiratorio y muerte." Puede ser mala praxis, pero no seremos involucrados si utilizamos las normas pre e intraquirúrgicas.

15) "Paciente que presenta fractura de húmero, siendo operado mediante reducción y oseosíntesis. Sufre infección micótica grave y es amputado para salvar su vida." Puede o no ser mala praxis, según las condiciones de asepsia.

Durante esta breve exposición de hechos resalto las diferentes vías de probables demandas a que estamos expuestos. Desde el extremo de un resultado estético en un estudio artroscópico de rodilla, pasando por la pérdida de un miembro por osteosíntesis e infección, hasta la muerte.

5. FALLOS JUDICIALES

Pasaré revista a algunas sentencias para

que nos introduzcamos en el ámbito judicial y vislumbremos la óptica con la cual nos miran a los médicos. Aunque algunas parezcan engorrosas de entender, son palabras del juez.

1) "Un profesional es condenado en el fuero penal porque un paciente sufre un traumatismo de cráneo y es dado de **alta precozmente** y muere."

2) "Entre el profesional y el establecimiento asistencial media una cierta **relación contractual**, la cual constituye una estipulación en favor de un tercero."

3) "Si bien en principio no se asume una obligación de resultado, sino de medios tendientes a lograr un fin, es dable exigir una conducta apropiada en atención a las circunstancias del caso, que ordinariamente puede conducir a la cura del enfermo."

4) "En lo que hace al diagnóstico y tratamiento, la responsabilidad sólo puede declararse en supuestos de faltas graves al arte de curar."

5) "La diligencia exigible a un médico especialista es mayor que la correspondiente a un no especialista, pero normal u ordinaria entre los especialistas."

6) "Desde que en su conducta profesional el médico actúa eligiendo el método más adecuado para obtener el éxito de su tarea, su negligencia o culpa debe ser merituada en toda ponderación."

7) "No cabe atribuir generalmente incumplimiento culposo al médico que utiliza un método, estando divididas las opiniones científicas respecto de la utilización de otros, para resolver el mismo problema."

8) "El cirujano no puede asegurar generalmente el éxito de un tratamiento sino únicamente las técnicas adecuadas para ello."

9) "La responsabilidad del médico es contractual, sin que obste a ello la circunstancia de que el paciente no haya contratado directamente los servicios correspondientes, ni que éstos fueran gratuitos."

10) "Si bien está acreditado que la paciente no tenía el monitor, la pericia da cuenta de que no es necesario monitoreo intraoperatorio en pacientes sanos clínicamente y bajo anestesia peridural."

Estos fallos lograron sentencia firme.

6. ALGUNAS PROPOSICIONES

Somos traumatólogos por vocación de servir al enfermo; no obstante, es por ello que cuanto más nos informemos, el beneficio será mayor para ambas partes. El médico debe cumplir con el objetivo de cuidar al paciente mediante una serie de métodos: por un lado, la actualización de sus conocimientos, el intento de sabiduría de sus cualidades y límites, el riesgo permitido, las circunstancias del acto médico; y por otro, el criterio medio médico y la información al paciente y sus familiares.

La mayoría de los cirujanos lo somos para salvaguardar la vida, los abogados para que se haga justicia y los pacientes para curarse antes que cobrar una indemnización.

¿La mala práctica médica es o no es una industria del juicio, como lo fue la del despedido o la demanda al Estado?

Actualmente, creo, es una industria.

¿El actual sistema de salud, es o no es un generador de mala praxis?

Es productor de mala praxis.

¿El empeoramiento del cuadro de un enfermo, es o no es sinónimo de error?

No es sinónimo de error.

7. CONCLUSIONES

7.A. La prevención de la mala praxis

Evitaremos la llegada de nuestro acto médico a los estrados judiciales mediante un mejoramiento profundo del actual sistema de salud, público y privado.

Necesitamos una participación activa en la decisión de la política de salud para cambiar la sistemática de la oferta y la demanda.

Todo nuestro proceder estará asentado en la historia clínica, así como la comunicación pertinente al paciente. Asimismo evitaremos comentarios displicentes de algún acto médico realizado por otro colega por el solo hecho de captar al paciente.

Estaremos preparados conscientemente

en cualquier técnica quirúrgica que utilizemos.

7.B. El rol de la sociedad científica

Existe un proyecto para la evaluación periódica de la calidad científica y humana por parte de las sociedades científicas; permitirá de esta manera otorgarle al profesional un certificado de aptitud integral para el ejercicio de la medicina ante sus pares.

Nuestra Asociación actualmente recibe pedidos de información sobre casos de mala praxis por parte de la justicia. Estos informes actúan como precedente jurídico y ayudan al esclarecimiento de los hechos.

7.C. El seguro médico

Se ha incrementado el interés por parte de los médicos y de las compañías de seguros para la cobertura indemnizatoria. Es de necesaria importancia poseerlo, para sentirnos protegidos.

Aunque mucho más útil es poseer una cobertura médico-legal durante el juicio.

Para ello es necesaria la congruencia de las dos pautas y una de las posibles salidas es la obtención del seguro a través de nuestra Asociación de Ortopedia y Traumatología.

BIBLIOGRAFIA

1. Achával A: Manual de Medicina Legal - Práctica Forense. Editorial Policial, 1979 (2ª edición actualizada).
2. Bonnet E: Tratado de Medicina Legal (2ª edición). Editorial López, Buenos Aires, 1980.
3. Vázquez Ferreira R: Prueba de la culpa médica (1ª edición). Editorial De Palma, Buenos Aires, 1991.
4. Lorenzetti, R: Responsabilidad Civil de los Médicos. Editorial Rubinzal-Culzoni, Buenos Aires, 1986.
5. Burgo P: Responsabilidad médico-legal en Ortopedia y Traumatología. XXVIII Congr AAOT, Rosario, 1991.
6. Otaño Sahores, A: La dignidad humana y responsabilidad médica. XXVIII Congr AAOT, Rosario, 1991.
7. Mongieu P: La responsabilité médico-legale en chirurgie orthopedique et traumatologique. Revue Chir Orthop, París, 1977.
8. Moruat J: Ethique professionnelle et orthopedique. Revue Chir Orthop, París, 1983.
9. Epps CH: Medical liability - Problem, prescription, prognosis. JBJS (A), 1986.

10. Código de Hamurabi - Historia de la Medicina. Editorial Eudeba, 1980.

11. Código Penal de la Nación Argentina. Editorial Policial, 1988.

COMENTADOR

Dr. ENRIQUE J. C. LAFRENZ

En la presente comunicación se pone de relieve una realidad que desgraciadamente para nuestro ejercicio profesional no podemos ignorar. En mi opinión la mejor cobertura no es la que brindan las compañías de seguro o los estudios jurídicos especializados, sino la buena y natural relación médico-paciente, que exige nuestro código científico y moral, y la confección de una detallada y precisa historia clínica según las normas habituales del quehacer médico.

Felicito al Dr. Battani por su presentación y espero del resto de nuestros colegas un amplio aporte al tema.

DISCUSION

Dr. Orlando Rodríguez: El tema presentado por el Dr. Battani es algo complejo; pasa por lo cultural, científico, gremial, etc. Venimos trabajando hace más de diez años junto con la Asociación Médica de Santa Fe y Entre Ríos; para ello se realizaron varias reuniones cuyas conclusiones fueron crear un cuerpo de consulta estable con amplia información a la población. Tratar de llegar a las cámaras legislativas para actualizar legislaciones ya obsoletas. Sugerimos la no conveniencia de obtener seguros que cubran la responsabilidad médica, sino en forma colegiada.

Dr. Abram Presman: Considero muy importante el aporte del Dr. Battani, por ser un tema de preocupante actualidad, ya que tengo conocimiento de que se realizan cerca de cincuenta intenciones de demanda por día. Quizá se trate de una verdadera "industria".

Como dice el Dr. Poggi, de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires, lo importante es la relación médico-paciente. Recalca que es una cuestión de medios y no de resultados. La preparación detallada de la historia clínica es de relevante importancia.

Dr. Adolfo Fernández Vocos: Considero que el trabajo del Dr. Battani presenta el concepto total del tema tratado.

De acuerdo con mi experiencia considero que la historia clínica es el elemento de mayor importancia. La actualización de ésta debe ser permanentemente seguida por los médicos residentes o médicos responsables del sector médico asistencial, con conciencia profesional.

Dr. Conrado Aparo: A mi criterio, los medios quirúrgicos que se usan deben ser probados y con abundante bibliografía al respecto. La mayoría de los juicios se están generando en el hospital público por las carencias de infraestructura existente. América Latina es zona de alto riesgo en materia de seguros de responsabilidad médica.

Dr. Carlos Avram: Solicito al Dr. Firpo que una comisión *ad hoc* estipule normas generales de prevención, incluso para recabar opiniones de los colegas en general.

Dr. Carlos A. N. Firpo: Aclara, como presidente de la Comisión Directiva, que está en estudio la concreción de un seguro a través de la AAOT.

También está en consideración la creación de un "Jury" altamente especializado en el tema. Comenta de la existencia de numerosas publicaciones sobre el tema. Refiere el hecho del "tercer pagador", su problemática (presentado en publicaciones de EE.UU.), y su "responsabilidad solidaria".

Finalmente hace mención de que en su discurso inaugural, al hacerse cargo de la Presidencia de la AAOT, hace referencia del tema.

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Daniel Battani: Es para mí muy importante ver la repercusión que el tema presentado ha tenido en esta sesión científica, lo que demuestra la preocupación del medio ortopédico.