



ACCIONES DE MALA PRAXIS EN GINECOLOGIA. ANALISIS DE DEMANDAS

**FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ - FACULTAD DE MEDICINA
Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal**

Director de carrera: Dr Roberto Foyo

Alumno: Dra Romina Giugnoli

Tutor: Dra Carolina Emiliozzi

Buenos Aires, 2025

Contenido

Palabras clave	4
Resumen	4
Introducción	4
Planteamiento del problema	4
Hipótesis	9
Objetivos generales	10
Objetivos específicos	10
Desarrollo	10
Marco Teórico	10
Metodología	19
Tipo de diseño	19
Universo y muestra	19
Variables	21
Fuentes e Instrumentos	22
Análisis de Datos	22
Conclusiones	36
Referencias	41

Palabras clave

MALA PRAXIS - DEMANDA - RESPONSABILIDAD PROFESIONAL - GINECOLOGIA - SENTENCIA

Resumen

Debido al incremento de los juicios por mala praxis observado en los últimos años, el presente trabajo de investigación se planteó estudiar las demandas por mala praxis a médicos ginecólogos en 20 años (2004-2024). La muestra constó de 73 sentencias de las cuales 40 fueron sentencias con resultados favorables y 33 con resultado desfavorables. Se observó una tendencia creciente en las demandas. Del 45 % de las sentencias en la que los profesionales finalizan eximidos de responsabilidad (sentencias desfavorables), se pudo determinar que las causas principales fueron las complicaciones quirúrgicas o el error diagnóstico, situaciones que no bastan para causar un daño resarcible. Por otro lado, los principales motivos por lo que se desestimaron las demandas hacia los médicos fueron debido a que no se pudo demostrar el nexo causal entre el daño y el obrar médico, o debido a que no existió responsabilidad profesional. Se concluyó que la falta de información de los pacientes previo a los procedimientos, especialmente quirúrgicos llevan a una expectativa en los mismos con posteriores malentendidos y que la relación médico paciente es fundamental pudiendo prevenir casos futuros juicios de mala praxis.

Introducción

Planteamiento del problema

El contacto de las personas con el sistema de salud hasta cierto punto de nuestra historia se producía sin una especial confrontación. Sin embargo, en las últimas décadas, nos enfrentamos a diferentes reclamos por parte de los pacientes, constituyendo un enrarecimiento de los ambientes donde se desarrollan las funciones sanitarias. (Wierzba, 2015)

En virtud al aumento acelerado de las demandas hacia los profesionales de la salud en las últimas décadas, se plantea explicar conceptos claves de la praxis médica, la mala praxis médica, la responsabilidad profesional. Posteriormente, identificar el problema y finalmente analizar demandas particularmente en el ámbito de la ginecología. (Wierzba, 2015)

En los últimos años en la Argentina, los médicos han sido los profesionales que más han recibido reclamos vinculados con el ejercicio de su actividad. Muchos son los factores responsables de este fenómeno. Entre ellos, la relación de su trabajo con la vida y la salud de las personas, principalmente cuando los resultados conseguidos no son los esperados. (Wierzba, 2015)

El impacto de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina ha provocado que exista un alto grado de especialización y mayor eficiencia en el control y evolución de las enfermedades. Si bien es indiscutible el impacto positivo para el desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos, también es cierto que ha generado mayor expectativa en los resultados obtenidos con la atención. (Wierzba, 2015)

Otros factores que pueden interferir o afectar la actividad profesional son la calidad de la educación profesional, la relación médico paciente, la gran demanda de asistencia, las pobres condiciones en las que se trabaja, y el mayor conocimiento sobre el derecho de los pacientes a ser resarcidos por los daños sufridos. (Wierzba, 2015)

Federico Tobar describe muy bien en su informe para la Fundación Isalud, cómo afecta la relación médico paciente en la práctica médica. La relación médico paciente se sustenta en la confianza, el mutuo reconocimiento, el respeto y la comunicación de ambos. En la actualidad existen numerosos factores que modifican la relación médico paciente, como el paso del principio de beneficencia al principio de autonomía, la especialización de la medicina que complota contra la atención integral del paciente, la tecnología que reemplaza a la clínica, la existencia de un tercer pagador y la transformación del paciente en cliente o usuario. La desconfianza del paciente y su familia, a veces incitados por abogados, hace atribuir al médico la culpa de sus problemas, por lo que inician una demanda. (Tobar, 2021)

La judicialización de la medicina no es un hecho menor ni privativo de nuestro país. La influencia de los medios de comunicación, el acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento, se trata de un fenómeno mundial. (Tallone, 2008)

Fabián Vitolo agrega que el movimiento de litigiosidad indebida, entendida como “el conjunto de acciones judiciales en las que se pone en juego la responsabilidad profesional sin ningún fundamento científico o jurídico, lo que las constituye en meras aventuras judiciales con el único y exclusivo propósito de obtener réditos económicos”. (Vitolo, 2018)

Es comprensible que los profesionales de la salud se encuentren preocupados frente al aumento en frecuencia y severidad de los juicios por responsabilidad profesional.

El número de casos y demandas hacia los profesionales de la salud han aumentado geométricamente en frecuencia y en gravedad, y, por lo tanto, los costos de la atención de la salud. En los últimos años se ha incrementado sorprendentemente los riesgos derivados del ejercicio médico, tanto en términos de accidentes como de reclamaciones por daños y perjuicios, con ello, de los costos de las pólizas de las compañías de seguros. (Tobar, 2021)

Las demandas por mala praxis médica se incrementaron un 20% en cinco años.

El 80% tramita en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires. (Canonico, 2023)

En Argentina, 1 de cada 4 médicos en el transcurso de su vida laboral recibió alguna demanda por mala praxis.

Los juicios por mala praxis vienen creciendo en forma sostenida a nivel mundial. Estados Unidos de Norteamérica lidera el ranking de países que más recursos destina a enfrentar el problema. (Tobar, 2021)

Se estima que solamente entre el 20 y 25% de los profesionales demandados son condenados. La Obra Social de la Federación Nacional de Trabajadores de Obras Sanitarias (O.S.Fe.N.T.O.S.) realizó un seguimiento de 100 juicios por mala praxis hasta su sentencia. Como aporte de relevancia de dicho seguimiento se concluyó que, el 70% de los profesionales fueron sobreseídos por muertes de pacientes por patologías crónicas, cuya evolución esperada era la muerte con o sin intervención del médico, sólo el 3% de los juicios fueron penales, el resto penales y civiles, y el 57% contra obras sociales y el resto contra prepagas.

Sólo el 20% de los médicos acusados de presunta negligencia e impericia son condenados en causas penales, aunque ninguno va a la cárcel. En el plano civil, una cuarta parte de los profesionales demandados "pierden" los juicios.

Si bien Argentina aún está lejos de los niveles de conflictividad alcanzados en Estados Unidos, no existen datos exactos de la cantidad de reclamos o demandas, debido a que existen arreglos económicos entre las aseguradoras que representan al profesional y el supuesto damnificado previo a la instancia judicial.

De acuerdo a un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine*, en el mundo entero, pero especialmente en los Estados Unidos y Gran Bretaña, los juicios por mala praxis contra los médicos han crecido notablemente en las últimas décadas, generando todo tipo de controversias y debates políticos sobre reformas en la legislación de salud y el aumento continuo de los costos de los seguros. En Latinoamérica, la Argentina es uno de los países donde se inician más demandas contra los médicos y las instituciones representando casi el 1% de los gastos totales en salud, según la información publicada por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). (Anupam B. Jena, 2011)

Los principios que regulan la responsabilidad civil del médico no difieren de los principios generales que rigen la responsabilidad civil en general.

Previo a hablar de "mala praxis médica", debemos hablar de "responsabilidad médica", debido a que la mala práctica de un profesional de la salud quedará determinada cuando su conducta sea típica, antijurídica y culpable en el ámbito penal, o cuando se den los cuatro presupuestos que sustentan la responsabilidad civil: antijuridicidad, relación de causalidad, factor de atribución y daño. (Pirota, 2007)

Todo acto médico tiene riesgos. El deber del médico es minimizar los riesgos, hasta donde sea posible, controlarlos y sobre todo establecer una comunicación directa con el paciente, que comprenda y consienta lo que se va a realizar en su persona. El acto médico debe ser ejercido por el profesional médico, sujeto a las normas de excelencia profesional vigentes (*Lex Artis Ad Hoc*), teniendo en cuenta el desarrollo científico, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente. De la misma manera, el acto médico debe ajustarse a los principios

bioéticos del mismo como son: a) la Autonomía que es el respeto por las decisiones del paciente informado, quien tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a sus planes de vida, b) la Beneficencia que privilegia el bien del paciente, c) la No Maleficencia (*primum non nocere*) la obligación de no producir daño y d) la Justicia, todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

En la práctica médica puede ocurrir mala praxis, y ésta es considerada omisión por parte del médico si no realiza adecuadamente los servicios que está obligado a prestar en su relación laboral con el paciente, omisión que puede causar algún tipo de daño a éste. También cuando el médico causa cierto daño a la salud de una persona humana, con relación causal y con culpa. El accionar del médico puede producir daño no justificable.

Por lo tanto, hablamos de mala praxis médica cuando la profesional obra con impericia, imprudencia, negligencia o cuando no cumple con sus deberes. (Vera Carrasco, 2022)

Es necesario reflexionar sobre todos los incidentes y acontecimientos negativos relacionados con la atención médica, ya que presentan un impacto muy importante tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud. (Tallone, 2008)

Llegado a este punto, cabe realizarnos las siguientes preguntas: cuántos de los reclamos son inconsistentemente fundados y cuáles bien fundados? cuántos de los reclamos concluyen con sentencias favorables y cuántos con sentencia desfavorables? Cuáles son los motivos de las sentencias desfavorables?Cuál es la relación entre el reclamo y la responsabilidad profesional? Cumplen los reclamos con los incumplimientos de los ejes de la responsabilidad profesional (impericia, imprudencia y negligencia)? Cuál es la relación entre las negligencias reales y los juicios por responsabilidad profesional?

A los fines de dar respuesta a estos interrogantes, en el presente trabajo nos proponemos analizar demandas de mala praxis concretamente en la especialidad de ginecología, únicamente en el ámbito civil, en un período comprendido el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre 2024.

Esta investigación pretende identificar los motivos por los cuáles se presenta el gran aumento de las demandas por mala praxis concretamente en ginecología. Asimismo, se aspira a evaluar las sentencias desfavorables con la finalidad que el especialista tenga conocimiento de cuáles son los puntos vulnerables del acto médico y así fortalecer su ejercicio en la profesión. También es importante producir conocimiento de los posibles errores en la atención que llevan al paciente a realizar un reclamo, y por ende una demanda por mala praxis.

Esta investigación pretende reconocer factores que influyen tanto en el paciente como en el médico ginecólogo en la consulta médica que luego determinan o finalizan en un reclamo hacia el profesional. Implementar estrategias o herramientas que permitan al médico ginecólogo mejorar y/o modificar su acto profesional para así evitar posteriores procesos judiciales desgastantes física, mental y económicamente. Advertir posibles escenarios que conduzcan al paciente a realizar un reclamo.

La identificación de las causales de los juicios de mala praxis por parte del médico ginecólogo, posibilitará la implementación de intervenciones en la atención sanitaria, de manera que se puedan establecer estrategias dirigidas a ponderar la conformidad del paciente en la consulta y/o intervenciones ginecológicas.

Por el contrario, la identificación de las causales de los rechazos de las demandas por mala praxis a los ginecólogos, permitirá identificar las acciones de buena práctica médica, de manera tal que las mismas se puedan fortalecer y consolidar en el futuro.

El reconocimiento de la motivación del paciente a iniciar una demanda de mala praxis que posteriormente finaliza con sentencia a favor del médico, también permitirá al médico ginecólogo a estar alerta a posibles futuros conflictos.

Hipótesis

Las demandas por mala praxis en líneas generales, carecen de fundamentos sólidos que establezcan de manera clara el nexo de causalidad entre el acto

médico y el daño sufrido, lo que resulta en demandas con elementos débiles o insuficientes para probar la responsabilidad profesional.

Objetivos generales

- 1- Cuantificar demandas de mala praxis desde el 1 de enero de 2004 al 31 de Diciembre de 2024.
- 2- Identificar causales de demandas de mala praxis en la práctica ginecológica.
- 3- Identificar los errores o fallas en la atención ginecológica que pueden conducir a una demanda por mala praxis.

Objetivos específicos

- 1- Cuantificar las sentencias favorables y desfavorables en el ámbito de la ginecología en el fuero civil desde el año 2004 al año 2024 inclusive.
- 2- Analizar la relación entre las sentencias desfavorables y las favorables.
- 3- Establecer la relación entre el reclamo y la responsabilidad profesional.
- 4- Identificar los supuestos de la responsabilidad civil (antijuridicidad, relación de causalidad, factor de atribución y daño) que no se pueden probar en los reclamos con sentencias desfavorables.
- 5- Identificar los motivos que determinaron que las sentencias fueran desfavorables.

Desarrollo

Marco Teórico

De acuerdo a la Ley 17.132, (Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas), se considera ejercicio “de la Medicina: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las

enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 13º” (Ejecutivo, 1967)

La responsabilidad de los profesionales de la salud se puede definir como la obligación que tienen estos de responder ante la sociedad por los actos que realizan en su actividad profesional, cuyos resultados sean contrarios a sus deberes por incumplimiento de los medios y/o cuidados adecuados en la asistencia del paciente. Estos actos pueden adquirir relevancia jurídica causando un daño en la salud, cuerpo e incluso la muerte de los pacientes que se encuentran bajo su asistencia. (Cillo, 2005)

La responsabilidad médica es la obligación que tiene el médico de responder ante la justicia por los actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional. El Código Civil y Comercial (en adelante CCyC), Ley 26.694/14, Título V, Capítulo 1, Sección 9º (Supuestos Especiales de Responsabilidad) regula la responsabilidad profesional en el art. 1768:

Artículo 1768: “Profesionales liberales. La actividad del profesional liberal está sujeta a las reglas de las obligaciones de hacer. La responsabilidad es subjetiva, excepto que se haya comprometido un resultado concreto. Cuando la obligación de hacer se preste con cosas, la responsabilidad no está comprendida en la Sección 7ª, de este Capítulo, excepto que causen un daño derivado de su vicio. La actividad del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas previstas en el artículo 1757” (Caramelo, Marisa, & Picasso, 2015)

“A su vez, el art. 1757, establece lo siguiente:

Artículo 1757: “Hecho de las cosas y actividades riesgosas. Toda persona responde por el daño causado por el riesgo o vicio de las cosas, o de las actividades que sean riesgosas o peligrosas por su naturaleza, por los medios empleados o por las circunstancias de su realización. La responsabilidad es objetiva. No son eximentes la autorización administrativa para el uso de la cosa o la realización de la actividad, ni el cumplimiento de las técnicas de prevención”

Por lo tanto, se entiende que el deber de resarcir el daño que pesa sobre los profesionales liberales se rige por las reglas aplicables a las obligaciones de hacer.

Por otro lado, el art. 774 del mencionado código, se refiere a la prestación de servicios, en el Inc. A, narra que la prestación a cargo del experto puede consistir, por un lado, en realizar cierta actividad, con la diligencia apropiada, más allá de su éxito. Y en el Inc. B y C, habla de la obtención del resultado concreto o eficaz perseguido por el acreedor, en nuestro caso, el paciente. Es decir, que el incumplimiento del profesional liberal queda manifestado según cual sea la prestación a la cual se haya comprometido (de medios o de resultado).

Así también podemos decir que en el art 1768 del CCyC excluye a los profesionales liberales de responsabilidad por el hecho de las cosas viciosas o riesgosas y por actividades peligrosas. Esta previsión es de suma importancia en el accionar de los médicos que muchas veces pueden encuadrar en alguna de estas figuras, sea que utilizan cosas per se riesgosas en el desarrollo de su tarea profesional o, que la actividad que desarrollan es peligrosa en sí misma.

En el presente caso solo hablaremos de mala praxis en el ámbito civil. Dicho esto, para que exista responsabilidad profesional, se tienen que dar cuatro elementos, y los mismos deben demostrarse en forma fehaciente, ya que la ausencia de uno de ellos, hace decaer toda responsabilidad. Ellos son:

1 - Daño: “Hay daño cuando se lesiona un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico, que tenga por objeto la persona, el patrimonio, o un derecho de incidencia colectiva” (art 1737 CCyC) (Caramelo, Herrera, & Sebastián, Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV, 2015)

Son causales de justificación: el ejercicio regular del derecho, la legítima defensa y el estado de necesidad. (Brega, 2021)

2 - Antijuricidad: se trata de toda conducta dañosa que afecte los intereses jurídicos y que no posea una causa de justificación. El CCyC establece en su art. 1717 que “Cualquier acción u omisión que causa un daño a otro es antijurídica si no está justificada” (Caramelo, Marisa, & Picasso, Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, Tomo IV, 2015)

3 - Relación de causalidad: se refiere a que las consecuencias perjudiciales tengan una conexión adecuada de causalidad con el hecho productor del daño. (Gómez Haiss, 2017)

4 - Factor de atribución: definido como la razón suficiente por la cual una persona física o jurídica que ha causado un daño debe compensar económicamente a la víctima. “La atribución de un daño al responsable puede basarse en factores objetivos o subjetivos. En ausencia de normativa, el factor de atribución es la culpa.” (Caramelo, Herrera, & Sebastián, Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV, 2015)

El factor de atribución puede ser objetivo o subjetivo. “El factor de atribución es objetivo cuando la culpa del agente es irrelevante a los efectos de atribuir responsabilidad. En tales casos, el responsable se libera demostrando la causa ajena, excepto disposición legal en contrario”. (Art. 1722 CCyC) (Caramelo, Herrea, & Picasso, Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV, 2015)

En cuanto a los factores subjetivos, establece: “Son factores subjetivos de atribución, la culpa y el dolo. La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión. El dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos.” (Art 1724 CCyC) (Caramelo, Herrea, & Picasso, Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV, 2015)

Así, la culpa comprende tres fases: la negligencia, la imprudencia y la impericia.

Negligencia: consiste en no prever lo que era previsible o, habiéndolo hecho, no adoptar la diligencia necesaria para evitar el daño. Es cuando, a pesar de tener la sabiduría de lo que debe emplearse, no se pone en práctica y por lo tanto se genera un daño

Impericia: consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada, profesión o arte. Es cuando falta la capacidad, competencia, experiencia e idoneidad de quien realiza una asistencia, una terapéutica.

Imprudencia: es una conducta positiva, precipitada o irreflexiva, que es llevada a cabo sin prever las consecuencias. Se trata de una acción arriesgada que se

realiza a pesar de haberse previsto el resultado desfavorable que causará el daño en el paciente. Esto equivale a realizar un acto sin las debidas precauciones.

De acuerdo a la doctrina Nacional e Internacional, la obligación que contrae el médico ante un paciente, se trata de un deber de medios, y no una obligación de resultado. (López Mesa, 2008)

El médico no se compromete a curar una persona enferma, sino solamente a atenderla con prudencia y diligencia, a proveer todos los cuidados que conforme a los conocimientos científicos que su título supone, conducen hacia la curación, la que no puede garantizar.

Sin más, el art. 20 de la ley 17.132 prohíbe a los profesionales que ejerzan la medicina anunciar o prometer la curación fijando plazos, anunciar o prometer la conservación de la salud (Incisos 1 y 2).

Por tal motivo, es evidente que la obligación que asume el médico es de medios, o sea que se compromete a atender al paciente con prudencia y diligencia. En consecuencia, la persona que alega el incumplimiento de la obligación del médico, tiene a su cargo la prueba de las prestaciones profesionales que se prestaron sin prudencia o diligencia, por lo tanto, le corresponde al que se refiere damnificado, probar el nexo causal entre la culpa médica y el perjuicio que se invoca.

Dicho en otras palabras, En principio, le corresponde al paciente demostrar la culpabilidad aludida del profesional y la existencia de todos los demás presupuestos de la responsabilidad civil. (Agoglia, Boragina, & Meza, 1991)

El deber de responder de los médicos se debate en el ámbito de la responsabilidad contractual. Esto es así debido a que habitualmente la práctica médica se rige por un acuerdo previo de voluntades que genera derechos y deberes recíprocos.

Acuña Anzorena, o Alterini aluden que la responsabilidad civil del médico es contractual, en razón de mediar un previo contrato de prestación de servicios médicos asistenciales entre el facultativo y el paciente. (Gómez Haiss, 2017)

En tal sentido, se ha sostenido que siempre que se hubiere mediado previo acuerdo entre el médico y damnificado para la prestación de servicios por parte

del galeno, la responsabilidad en la que se puede incurrir es la responsabilidad contractual, es decir, derivadas del incumplimiento de las obligaciones asumidas. Aun cuando los deberes del médico provengan de normas generales como la Ley 17132, es indiscutible que cuando el profesional acepta intervenir existiendo un requerimiento previo del paciente, se generará entre ellos un vínculo convencional. (Calvo Costa, 2016)

A los fines que exista un vínculo contractual entre el médico y el paciente, el consentimiento es un elemento que no puede faltar en el contrato celebrado por ambos, y el mismo debe ser expresado en forma recíproca.

Desde el instante que un profesional de la salud acepta el ingreso de un paciente a un establecimiento, ya sea público o privado, o bien desde que se inicia la atención del paciente, se da inicio a un contrato de cumplimiento obligatorio y con ello, el origen de los derechos y obligaciones de ambas partes. Por un lado, el derecho del paciente a recibir la atención requerida y por otro lado, la obligación de los médicos a prestársela. (Iraola & Zaldivar, s.f.)

Podemos concluir entonces que para que se configure la responsabilidad contractual, deben suceder como requisitos: a) Obligación preexistente, o sea la que asume el médico en virtud de un acuerdo previo de origen contractual o legal; b) Falta médica, que debe ser estrictamente profesional y cuyo elemento esencial es la antijuricidad; c) Daño ocasionado, esto es, que como consecuencia de la falta cometida se ocasione un daño en el cuerpo o en la salud del paciente; d) Relación causal entre el acto médico y el daño cometido; e) Imputabilidad, o sea que para que el médico sea responsable del daño, su conducta debió encontrarse dentro de las condiciones de discernimiento, intención y libertad.

Habiendo desarrollado el marco normativo de la responsabilidad profesional, estamos en condiciones de afirmar que el término “mala praxis” se refiere a que cuando por acción u omisión, no se pone al alcance del paciente todos los recursos disponibles, generando finalmente un daño.

Es decir que, hablamos de mala praxis cuando el profesional obra con impericia, imprudencia, negligencia o cuando no cumple con sus deberes. (Vera Carrasco, 2022)

No toda mala praxis conduce a la responsabilidad profesional. Un médico puede producir un gran error grosero e inexcusable, pero no existirá mala praxis si no se dan los 4 elementos necesarios que la configuran: daño, antijuricidad relación de causalidad y factor de atribución. Como mencionamos anteriormente, en nuestro caso, el factor de atribución es la culpa, debiéndose comprobar por lo tanto, la impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de los deberes a su cargo del profesional acusado. En ese caso, el factor de atribución es subjetivo. Asimismo, aun cuando el médico no hubiese incurrido en negligencia o torpeza, puede igualmente producirse responsabilidad por los daños, en el caso que hubiese procedido sin el consentimiento informado, debido a que el concepto de mala praxis médica incluye no sólo la negligencia en la realización de un tratamiento o práctica, sino también en efectuarla sin haber anticipado al paciente la información suficiente de manera que éste pudiese prestar su consentimiento informado". (Romano, Carlucci, & Perez Hualde, 2004).

Podríamos afirmar entonces que el principal problema que surge aquí es que la práctica médica es por definición incierta debido a que opera sobre principios probabilísticos y se basa en información que constantemente se actualiza y/o modifica. Un error o un evento adverso es parte del quehacer médico, ya que las variables involucradas en la actividad en cuestión son multifactoriales, e incluso cuando se haya realizado todo lo que la ciencia considera conveniente, el resultado puede no ser el esperado o deseado. Por tanto, hay que considerar que todo error no puede ser un acto negligente, imprudente o imperito. En medicina, la existencia de un error no es suficiente para establecer la responsabilidad del profesional. (Ciruzzi, 2010)

Existen diferentes situaciones que favorecen de generar mala praxis:

- La falta de información. El consentimiento informado es un derecho que tiene el paciente a recibir la información adecuada y asimismo, es un deber del médico a proporcionar dicha información.
- La prescripción imperita o errónea de drogas o medicamentos a personas alérgicas o cuando no se informan los efectos colaterales o contraindicaciones.
- Actuar sin abstenerse a su propia especialidad. No realizar consultas cuando el problema médico supera los conocimientos o no derivar al paciente a

otro centro de salud de mayor complejidad cuando no se cuenta con la tecnología requerida para el tipo de práctica.

- No realizar seguimiento adecuado del paciente al que se ha intervenido quirúrgicamente. El médico tiene 3 deberes que contemplan 3 etapas: diagnóstico, tratamiento y atenciones y cuidados. Por otro lado, el alta médica no es lo mismo que el alta sanatorial. En ese sentido, el alta médica comprende el alta sanatorial, pero no a la inversa, es decir, puede ocurrir que el médico le extienda al paciente el alta sanatorial pero, también le dé indicaciones post alta sanatorial, continuar con el tratamiento indicado y cumplir con controles médicos periódicos, lo que denominamos tratamiento ambulatorio.

- Errores sobre la identificación de los pacientes o de los órganos o miembros a intervenir. (Pirota, 2007)

En los últimos años se ha generado un cambio en la práctica de la medicina, tanto en el ámbito privado como público influenciado por diferentes escenarios como son: el crecimiento de la población, el desarrollo de la tecnología, un mayor acceso a la información por parte del paciente, así como la falta de valores de la sociedad.

Como consecuencia de ello, se puede observar distanciamiento, insatisfacción y reclamo por parte del paciente y sus familias. En este contexto, la relación médico-paciente se ve distorsionada hasta finalizar en situaciones de conflicto por la pérdida de confianza mutua, y su resultado es una práctica médica con ejercicio cauteloso, con desconfianza ante el paciente, dando origen a un tipo de práctica, que se la ha llamado medicina defensiva. (Ramírez-Alcántara, Parra-Melgar, & Balcázar-Rincón, 2017)

La medicina defensiva consiste en un conjunto de prestaciones que el profesional indica con la finalidad de su seguridad antes que a la del paciente. La actitud defensiva aludida se pone en relevancia con la prescripción de estudios, procedimientos o tratamientos médicos injustificables en relación al bienestar del paciente o a su costo, con el fin de resguardarse de una potencial demanda por negligencia médica. Por otro lado, frente a la amenaza de demandas futuras por mala praxis, también acude a la medicina defensiva, la evasión por parte del galeno como prevención al riesgo probable.

Uno de los pocos estudios disponibles en el país, elaborado por la Fundación Isalud, calcula que entre 2000 y 2010 el costo de la medicina defensiva fue de casi 5 mil millones de pesos. Ese monto de dinero fue utilizado para prácticas médicas pedidas sin más que para un resguardo legal de los profesionales. Sumado a ello, más de la mitad de los estudios de alta complejidad que se piden en la Ciudad de Buenos Aires se informan como normales, pudiendo concluir entonces que, tratándose de este tipo de estudios, resultaron innecesarios.

Los factores que favorecen la práctica de la medicina defensiva son:

1- Factores condicionantes del médico:

- Mala relación médico-paciente.
- Aplicación superficial de procedimientos clínicos.
- Conocimientos, habilidades y destrezas deficientes.
- Invasión de campos de la medicina que no domina.
- Exceso de confianza

2- Factores condicionantes del paciente:

- Mayor información médica
- Más acceso a medios de comunicación
- Mayor conocimiento de sus derechos

3- Factores condicionantes del entorno social:

- Leyes más estrictas.
- Difusión inmediata y masiva de noticias médicas
- Sesgo de la información

En el ámbito penal, únicamente el 20% de los médicos que comete supuestos hechos de negligencia e impericia es condenado, ninguno de ellos finaliza en prisión.

En el ámbito civil, una cuarta parte de los médicos demandados finalizan con sentencias favorables para el paciente. De acuerdo a algunos informantes del sector, en base a su experiencia estiman que entre el 20 y 25% de los profesionales demandados son condenados. Otros indican que los juicios contra los profesionales por mala praxis no son fáciles de probar y sólo el 17% de las sentencias condenan a los médicos. (Tobar, 2021)

Más del 25% de las conciliaciones se resuelven antes del juicio. En el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, hay 4 especialidades que engloban las tres cuartas

partes de las demandas. Más del 50% de las demandas contra los hospitales del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires entre 1983 y 1992 se realizaron a las especialidades de obstetricia y cirugía.

Una de cada tres acciones judiciales iniciadas por mala praxis, han sido incentivadas por abogados. Existen sólidas evidencias en relación al incremento de la judicialización del campo de la salud y de sus problemas.

Otra tendencia es el creciente involucramiento de los abogados en el campo de la mala praxis de salud. Ello se debe, en su mayoría, a la disminución y pérdida de honorarios motivados por la problemática laboral.

Una **sentencia favorable** se refiere a un fallo judicial que da la razón a la parte demandante (en este caso, el paciente) en un juicio, determinando que la parte demandada (el médico) es responsable de la circunstancia que originó el litigio, y, por consiguiente, condenándola a una compensación monetaria o cualquier otra forma de indemnización o sanción que el tribunal considere adecuada.

En cambio, una **sentencia desfavorable** es aquella donde el tribunal falla en beneficio de la parte demandada (el profesional médico), determinando que no existió negligencia o mala praxis en el procedimiento realizado, liberando al médico de cualquier responsabilidad o sanción. (Perez, 2019)

Metodología

Tipo de diseño

El presente caso se trata de un estudio retrospectivo, observacional transversal, descriptivo cualicuantitativo.

Se analizaron demandas de mala praxis en el campo de la ginecología, en el fuero civil desde el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2024.

Universo y muestra

Se analizaron en forma retrospectiva 73 juicios de mala praxis en el campo de la ginecología comprendidos desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre

de 2024 con sentencias que resultaron tanto favorables para la parte actora, como desfavorables.

Los filtros disponibles de la base de datos utilizada para delimitar la búsqueda, son amplios y generales debido a que el sitio web utilizado no permite delimitar un período específico, por lo que la búsqueda inicial arrojó 175.103 sentencias. Llegó un punto, y aun habiendo aplicado los filtros correspondientes, los casos arrojados por la base de datos no cumplían con ninguno de los requisitos establecidos. Finalmente, se pudieron depurar 200 sentencias que respondían a los filtros establecidos en la búsqueda. Sin embargo, solamente 73 sentencias cumplían con los criterios de inclusión del presente estudio.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Demandas de mala praxis en el campo de la ginecología con sentencia, ya sea favorable o desfavorable.
- Demandas en el ámbito civil.
- Sentencias emitidas entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2024.

Los criterios de exclusión utilizados fueron:

- Demandas en el ámbito penal.
- Demandas de mala praxis que no involucren procedimientos ginecológicos.

Aunque el cálculo del tamaño de la muestra, realizado con una calculadora en línea que asumía un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, sugería que se necesitaban 133 casos para una población de 200 sentencias, se determinó que una muestra de 73 sentencias era adecuada para los objetivos del estudio, debido a que no era posible ampliarla por limitaciones en la disponibilidad de la base de datos utilizada.

Por lo tanto, la muestra final se limitó a 73 casos, que fueron los que cumplieron con los requisitos necesarios para ser incluidos en el presente análisis. Se

consideró que la muestra de 73 casos era suficiente a los fines del presente análisis en función a las limitaciones técnicas de la base de datos y las restricciones de tiempo para la búsqueda. La selección de la muestra se realizó con el objetivo de asegurar que los juicios elegidos fueran representativos al universo de casos.

Se otorgó prioridad a la selección de casos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, con el fin de obtener información precisa y relevante sobre los juicios de mala praxis en ginecología.

En conclusión, aunque se había previsto una muestra más numerosa, la disponibilidad de datos, tiempo y la aplicación estricta de los criterios de inclusión, resultaron en una muestra de 73 casos. No obstante, la muestra sigue siendo representativa para el análisis que se pretende realizar.

Variables

- Juicios por mala praxis en el ámbito de la ginecología
- Motivo de la demanda
- Año de sentencia
- Tipo de sentencia:
 - Sentencia favorable
 - Sentencia desfavorable
- Ausencia de culpa
 - Existencia de culpa
 - Ausencia de culpa
- Daño
 - Presencia de Daño
 - Ausencia de Daño
- Antijuricidad
 - Presencia de Antijuricidad
 - Ausencia de Antijuricidad
- Nexo causal
 - Presencia de Relación de causalidad
 - Ausencia de relación de causalidad

Fuentes e Instrumentos

Se analizaron los juicios de mala praxis en el campo de la ginecología desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2024. Los casos se obtuvieron de una base de datos web, llamada microjuris (www.microjuris.com). En la misma se pueden seleccionar filtros para dirigir la búsqueda. En este caso en particular los filtros que se utilizaron son: a) Colección: fallos b) Productos: Laborjuris, Sociedades, Salud, Daños, Santa Fe, Mendoza c) Períodos: todos. Los datos obtenidos se sistematizaron en una planilla de excel en la que se discriminaron las sentencias con resultado favorables de las desfavorables. Asimismo, se las ordenó por año en el que fueron dictadas. Para el caso de las sentencias desfavorables, se sistematizaron las causas: 1) ausencia de daño, 2) ausencia de antijuricidad, 3) ausencia de factor de atribución y 4) ausencia de relación de causalidad.

La muestra se conformó de 73 sentencias de juicios de mala praxis en el ámbito de la ginecología únicamente en el campo civil. Las mismas se distribuyeron de la siguiente manera:

- 40 sentencias con resultado favorable.
- 33 sentencias con resultado desfavorable.

Análisis de Datos

De las 73 sentencias analizadas, 40 corresponden a sentencias con resultado favorable y 33 con resultados desfavorables (Tabla 1). Las sentencias favorables representan el 55% y las desfavorables el 45% (Gráfico 1). Si bien Tobar estima que entre el 20 y 25% de los profesionales demandados son condenados, a diferencia de nuestros datos que arrojaron que se trata de un 55%, no se trata de las mismas variables, debido a que en nuestro caso en particular analizamos los juicios en el área de la ginecología y la bibliografía analiza a todas las especialidades en conjunto. (Tobar, 2021)

Gráfico 1. Tipos de Sentencias

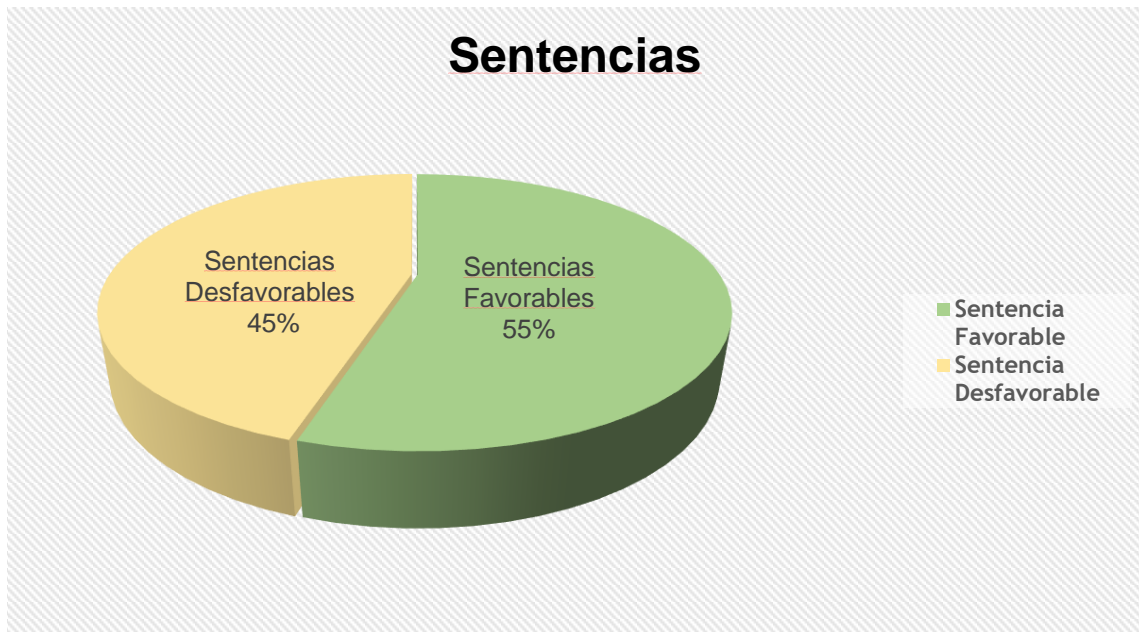


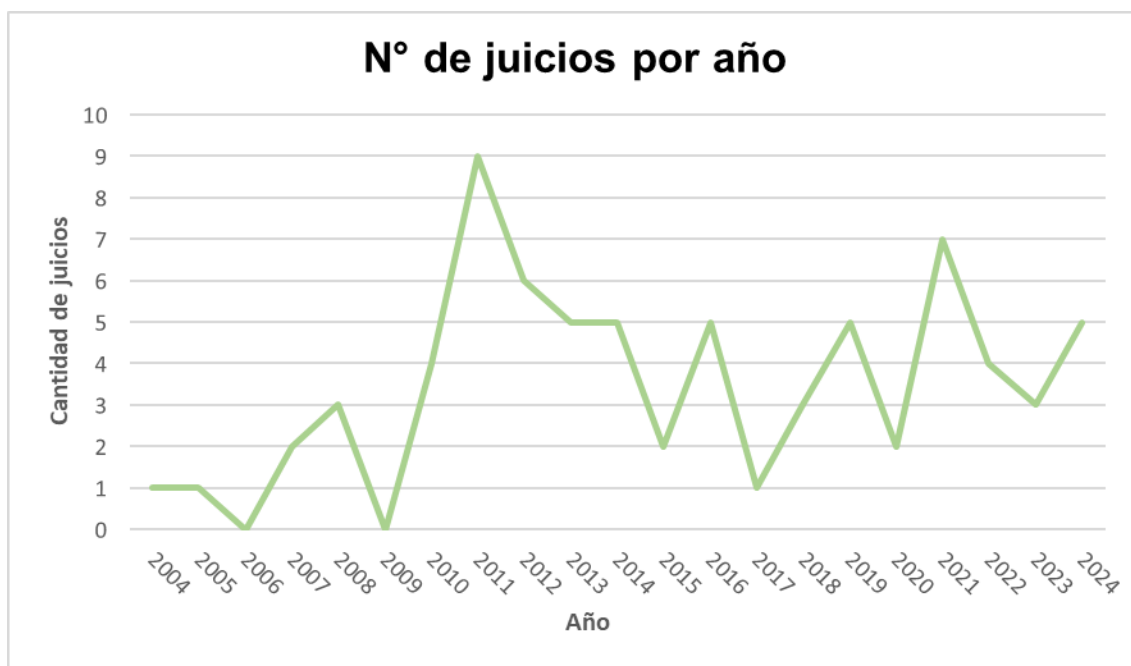
Tabla 1. Distribución de sentencias por año

	Sentencias Favorables	Sentencias Desfavorables	Total
2004	1	0	1
2005	1	0	1
2006	0	0	0
2007	1	1	2
2008	3	0	3
2009	0	0	0
2010	3	1	4
2011	6	3	9
2012	2	4	6
2013	1	4	5
2014	1	4	5
2015	2	0	2
2016	3	2	5
2017	1	0	1
2018	1	2	3
2019	3	2	5
2020	1	1	2
2021	2	5	7
2022	2	2	4
2023	2	1	3
2024	4	1	5
TOTAL	40	33	73

En el gráfico 2 observamos la evolución de los juicios a lo largo de los años (2004-2024). La bibliografía habla del crecimiento de las demandas en el ámbito

de la medicina en los últimos años. En nuestro análisis podemos observar un leve incremento en el período de estudio.

Gráfico 2. Cantidad de juicios por año

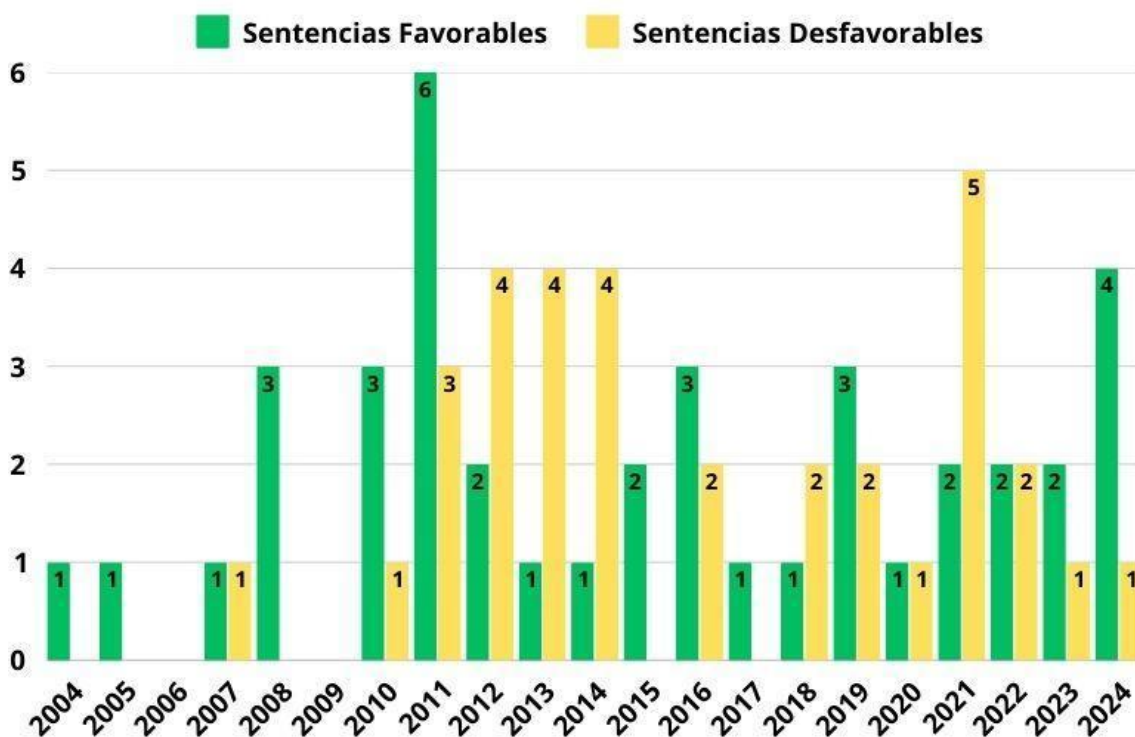


En el Gráfico 3 podemos observar la distribución de sentencias por año y su variabilidad a lo largo de los 20 años analizados.

En general se pueden identificar algunos patrones:

- En los años 2004, 2005, 2008, 2010, 2011, 2015, 2016, 2019, 2023 y 2024 se registraron mayor número de sentencias favorables que desfavorables.
- En los años 2012, 2013, 2014, 2018 y 2021, por el contrario, se registraron más sentencias desfavorables.
- En los años 2007, 2020 y 2022 se identificaron la misma cantidad de sentencias favorables que desfavorables.
- En los años 2006 y 2009 no se registraron sentencias.

Gráfico 3. Distribución de sentencias por año



Como hemos mencionado anteriormente, el 45% de las sentencias analizadas se trata de sentencias con resultado desfavorable, es decir que los galenos acusados de incurrir en mala praxis, fueron absueltos de los cargos por los que habían sido demandados.

En la Tabla 2 podemos observar la distribución geográfica de las sentencias desfavorables que es lo que nos proponemos estudiar con mayor profundidad. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires se llevan la mayor cantidad de sentencias, siendo 14 y 15 sentencias desfavorables respectivamente. Esta mayor cantidad de sentencias seguramente tenga relación con la mayor densidad de población en dichos distritos, con mayor disponibilidad de Instituciones para la realización de procedimientos en el ámbito de la ginecología, y, por lo tanto, a la mayor cantidad de juicios de mala praxis. Luego, presentamos una sentencia en Córdoba, 1 en Neuquén, 1 en Rosario y 1 en Mendoza.

Tabla 2. Distribución geográfica de sentencias

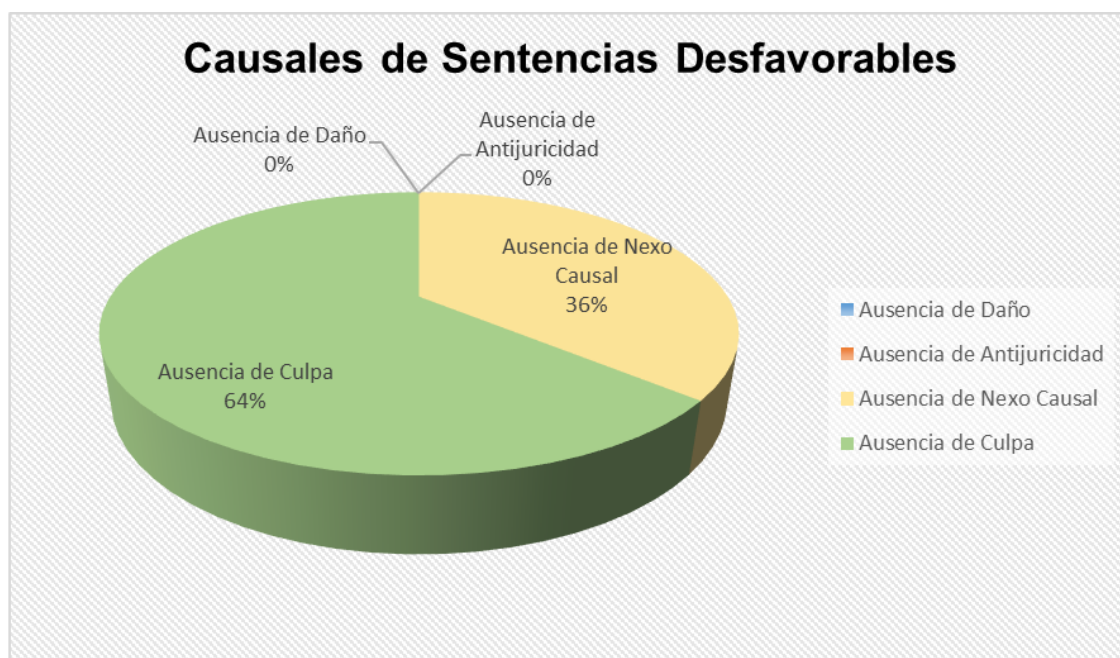
<i>Provincia</i>	<i>N° de sentencias Desfavorables</i>
<i>Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i>	14
<i>Provincia de Buenos Aires</i>	15
<i>Mendoza</i>	1
<i>Córdoba</i>	1
<i>Neuquen</i>	1
<i>Rosario</i>	1
Total	33

Se analizaron los elementos de la responsabilidad profesional que no estuvieron presentes y que determinaron que las demandas tuvieran un dictamen desfavorable. Se pudo ver que en ninguna de las demandas existió ausencia de daño o antijuricidad. Es decir, que no hubo juicios de mala praxis en donde no se pudo demostrar el daño o una conducta antijurídica. Por el contrario, se observó que 12 (36%) de las 33 demandas desfavorables fueron por falta de nexo causal entre el evento dañoso y la conducta del profesional. Asimismo, 21 (64%) se debieron a la ausencia de culpa por parte del médico, es decir que no existió impericia, imprudencia o negligencia. (Tabla 3, Gráfico 4)

Tabla 3. Elementos de la responsabilidad profesional que estuvieron ausentes en las demandas con dictamen desfavorable

Sentencias desfavorables	N°	%
Ausencia de Daño	0	0
Ausencia de Antijuricidad	0	0
Ausencia de Nexo Causal	12	36
Ausencia de Culpa	21	64
Total	33	100

Gráfico 4. Causales de sentencias desfavorables



Ahora bien, el presente estudio no solo pretende analizar los parámetros cuantitativos de los juicios de mala praxis, sino que también pretende analizar los motivos que dieron inicio a las demandas hacia los profesionales de la salud y cuáles fueron las causas por las cuales finalmente se desestima la demanda (45%). A continuación, se procederá a analizar las 33 demandas con sentencia desfavorable:

1. Quemadura de la mama producto de la utilización de un producto irritante durante la curación de la herida quirúrgica. No se logró demostrar la existencia de la quemadura denunciada, por el contrario, se constataron úlceras debido a la correcta colocación de agua oxigenada a los fines de paliar la infección que presentaba la actora en su postoperatorio. Por lo tanto, no surge relación causal entre la hipotética conducta culposa imputada y el daño alegado por la actora.
2. Sección ureteral como complicación de una cirugía en una paciente con múltiples adherencias peritoneales debido a múltiples cirugías previas. No se ha probado la existencia de la responsabilidad profesional atribuida por la actora.
3. La demandante, estando embarazada, se le detectó un quiste en el ovario cuyo tratamiento derivó en una histerectomía y una cesárea, tras la cual su hija falleció. Si bien se probó la relación de causalidad entre el acto médico y el desenlace, no se acreditó que el galeno haya obrado con negligencia en la elección del método diagnóstico, pues obró de acuerdo a las circunstancias que el cuadro imponía al hallar un quiste ovárico con sospecha de malignidad.
4. La aparición de un linfoma pulmonar y una úlcera maligna gástrica secundario a un carcinoma de ovario operado 14 años antes. A la actora se le realiza una anexectomía por blastoma de ovario derecho, cuya anatomía patológica informa carcinoma de ovario. En dicho momento se decide que la conducta correcta era el seguimiento, sin necesidad de completar la cirugía. Catorce años después de dicha cirugía la actora presenta un linfoma pulmonar y una úlcera gástrica maligna. Debido a este último diagnóstico la misma inicia una acción de mala praxis hacia el profesional de la salud alegando que el ovario remanente le produjo la patología. Luego de las pericias efectuadas, se concluyó que no existe relación de causalidad entre el carcinoma de ovario y la patología pulmonar y gástrica debido a que se trata de patologías diferentes por su origen celular.

5. El motivo del inicio de la demanda es un absceso de cúpula vaginal en un postoperatorio de histerectomía total que produce una reducción de la capacidad funcional de la demandante. Se determinó que los profesionales intervinientes actuaron con idoneidad y responsabilidad y desde el punto de vista ginecológico, la actora no tuvo ninguna disminución en su capacidad física, ya que la pérdida de su capacidad reproductiva había sido informada y aceptada anteriormente por la demandante.

6. Cáncer de mama en una mujer que realiza la consulta ginecológica por la detección de un nódulo mamario. Ante este hallazgo, el galeno demandado solicita estudios que la mujer realiza. Los mismos informan ausencia de sospecha de malignidad en las imágenes. Posteriormente, debido al aumento del tamaño del nódulo en cuestión, la mujer vuelve a consultar al ginecólogo quien solicita nuevos estudios y una biopsia, arribando al diagnóstico de cáncer de mama. Si bien la actora alega omisión de diagnóstico oportuno por parte del profesional demandado, no se presentaron pruebas suficientes que demuestren que el profesional hubiese actuado fuera de los parámetros de la lex artis ante el cuadro de salud que presentaba la misma.

7. Histerectomía total con corrección de eventración abdominal sin colocación de malla. La demanda se inicia debido a que la actora alega que las complicaciones postoperatorias que presentó, tromboembolismo pulmonar y absceso de pared abdominal se debieron a la falta de colocación de la malla. Se demuestra que no existe relación entre las patologías con la falta de colocación de la malla abdominal. El absceso de pared es una complicación frecuente y se hubiera producido de igual manera si se hubiese colocado la malla.

8. Embarazo detenido que requiere de dos legrados uterinos por presencia de restos ovulares. Durante el segundo legrado se produce una perforación uterina con sección de un uréter. Si bien la lesión ureteral no es una complicación frecuente, puede presentarse. El profesional, por su pericia y experiencia, pudo hacer el diagnóstico en el momento e intentar su resolución que no podía hacerse de otra manera que, con una laparotomía exploradora, por tal motivo se concluye la inexistencia de culpa, debido a que no existió impericia ni un accionar negligente por parte del profesional.

9. Histerectomía total secundaria a embarazo ectópico complicado. Previo a la cirugía del embarazo ectópico la actora presentó un diagnóstico de huevo anembrionado para lo cual se le debió realizar dos legrados uterinos. Durante el segundo legrado presentó un oblito (gasa) en la vagina que le representó una infección. Debido a la persistencia de la metrorragia la actora consulta al profesional, realizándose el diagnóstico de embarazo ectópico. Se demostró la inexistencia de nexo causal entre la infección por el oblito con la histerectomía que debió ser realizada.

10. Se inicia la demanda por puntos de sutura de una cirugía abdominal que no se reabsorbieron. La conducta de la actora, que demoró la consulta con el cirujano, no permitió a los médicos demandados tomar conocimiento de la existencia de un punto de sutura que no se había reabsorbido o bien no se habría retirado oportunamente.

11. Histerectomía secundaria a embarazo ectópico complicado. La actora no concurrió al seguimiento luego de la primera consulta, por lo que no fue posible detectar signos o síntomas que hubieran permitido diagnosticar la existencia de un embarazo ectópico, incrementándose las chances de evitar la histerectomía. La obligación de los médicos consiste en arbitrar los medios adecuados para la recuperación del paciente, y queda a cargo de éste la prueba que al brindar los medios empleados, se incurrió en imprudencia, impericia o negligencia. En este caso, la existencia de deficiencias en la historia clínica puede generar una presunción negativa en contra del profesional, pero no es suficiente por sí sola para demostrar la mala praxis.

12. Lesión de arteria ílica primitiva durante el abordaje laparoscópico de la demandante. Ante la detección de dicha lesión, el profesional suspendió la cirugía, dispuso de medidas para aspirar la hemorragia y transfundir a la paciente, y requirió de un cirujano para que suture el vaso lesionado y concluya la operación por laparotomía. Habida cuenta que dentro de una operación, todo cirujano está expuesto a que se le presente alguna complicación, que en este caso pudo ser resuelta eficazmente, en el presente caso no existió responsabilidad profesional.

13. Torsión tubárica y posterior anexectomía de urgencia en una paciente con diagnóstico de blastoma anexial. La paciente se encontraba en plan quirúrgico

por presentar un blastoma anexial por falta de respuesta a los anticonceptivos orales. Sin embargo, presenta una torsión tubaria previo a la fecha de la cirugía programada. Se determinó que se instituyó el tratamiento correcto y que el tiempo transcurrido fue prudente, habida cuenta que el galeno preparaba a la paciente para una eventual cirugía de urgencia.

14. Supuesto error diagnóstico de embarazo ectópico, demora innecesaria en el tratamiento, pérdida de chance de elegir otro tratamiento. Los síntomas de un embarazo ectópico en su etapa inicial, pueden confundirse con un cuadro de origen digestivo, a medida que evolucionaba el cuadro, y se iban definiendo los síntomas, los profesionales llegaron a un diagnóstico de certeza, embarazo ectópico, es por eso que no fue reprochable su obrar. El error de diagnóstico podría haber sido cometido por cualquier profesional diligente.

15. Error diagnóstico y fallecimiento de la reclamante por cáncer de mama. De las pericias surge que la causal de la muerte de la paciente fue un carcinoma inflamatorio de mama, cuya génesis no tuvo correspondencia con las microcalcificaciones halladas un año antes, habiendo los profesionales prescrito un tratamiento adecuado, biopsia radioquirúrgica, cuyo informe anatomopatológico fue sin hallazgos de malignidad. Es decir que no ha habido un error de diagnóstico que privara a la paciente de realizar un tratamiento oportuno y adecuado. No

no se encontró acreditada en forma fehaciente la culpa médica, ni el nexo causal entre su accionar y el deceso de la paciente, con fundamento en el abandono del tratamiento por parte de ésta y la falta de correspondencia entre las microcalcificaciones halladas y el cáncer que le produjo el óbito.

16. Diagnóstico de cáncer de mama y fallecimiento un año y medio después del diagnóstico. El derecho de la paciente de consultar a otro profesional y de abandonar el tratamiento prescrito por los profesionales que la habían intervenido quirúrgicamente a raíz del cáncer de mama que padecía, excluye la responsabilidad de los profesionales que inicialmente la intervinieron.

17. Pérdida de capacidad reproductiva secundaria a una histerectomía total por sepsis. De la prueba pericial producida surge que el tratamiento dado a la actora, quien tuvo un embarazo y trabajo de parto normal, que terminó en cesárea por sufrimiento fetal y que, durante el puerperio inmediato, presentó un

cuadro de sepsis por lo que fue tratada con antibióticos primero y luego se le debió realizar una laparotomía exploradora y una histerectomía posterior, resultó ser el tratamiento adecuado.

18. Colocación de DIU y luego embarazo con posterior aborto. De la prueba pericial surge que no había contraindicaciones para su colocación por no existir embarazo según estudio ecográfico y por ello no se advierte que el obrar del demandado haya sido culposo o negligente, ni que haya mediado falta de deber de cuidado o diligencia en la atención de la paciente. No resultó acreditada la culpa del profesional interviniente debido a que el daño sufrido provino de un caso fortuito causa ajena- no mediando un nexo causal con los daños reclamados por la actora.

19. Vejiga neurogénica posterior a una ooforectomía bilateral. No se pudo demostrar que la patología que ocasiona la litis haya sido motivada por la cirugía.

20. La falta de diagnóstico de embarazo previo a la cirugía de ligadura tubaria y posterior aborto. No se pudo establecer la relación causal entre la operación que fue realizada y el aborto, como tampoco se pudo determinar la causa de éste ni si el embarazo estaba detenido al momento del acto quirúrgico.

21. La actora alega que el demandado incurrió en mala praxis a consecuencia de diagnósticos ginecológicos imprecisos y fallidos que dieron origen a una histerectomía y ooforectomía que debió ser efectuada de urgencia. La demandante ya había sido sometida a la exéresis de múltiples miomas, lo que afecta la anatomía uterina quedando distorsionada. Además, la misma abandona el tratamiento que el demandado había indicado, habiendo transcurrido 8 meses entre la última consulta y la histerectomía, durante los cuales se produjo el aumento del tamaño uterino. Por todo lo antedicho, no se acreditó relación causal entre la histerectomía y el tratamiento indicado o su omisión por parte del demandado.

22. Embarazo detenido y retenido para lo cual se indicó el medicamento oxaprost. La actora invoca que la medicación que le dió el profesional puso en riesgo su salud y su vida. Sin embargo, los métodos utilizados se ajustaron a los protocolos de tratamiento.

23. Demanda por demora en el diagnóstico de embarazo ectópico. La actora requirió de la ablación de la trompa de Falopio izquierda. No se acreditó

negligencia o impericia, y el tratamiento dado a la paciente fue el adecuado, ya que los síntomas que presentaba inicialmente correspondían a una amenaza de aborto, y aun cuando eran indicativos de un embarazo ectópico, ello no surgía de las ecografías efectuadas.

24. Ligadura tubaria y posterior embarazo. Se comprobó que el médico demandado actuó diligentemente y que la cirugía fue realizada con la técnica adecuada. Asimismo, la actora firmó el consentimiento informado en donde se le hacía saber que el método anticonceptivo utilizado tenía un margen de error.

25. Falta de inclusión en el consentimiento informado de la posibilidad de extirpación del ovario ante una histerectomía total. No existió culpa de la médica demandada al efectuar la práctica y tampoco puede considerarse que el hecho de no haber consignado en el consentimiento informado la extirpación del ovario derecho merezca reproche, debido a que ello fue muy probablemente decidido durante el curso de la intervención.

26. Tumor de ovario para lo cual se le realiza a la demandante una resección tumoral teniendo en cuenta factores de riesgo como lo es la edad. Posteriormente, el tumor reaparece. No se pudo demostrar que la reaparición del tumor se deba a que el tumor no haya sido resecado en su totalidad. Puede haberse debido al genio tumoral. Se determinó que las intervenciones que llevó a cabo el demandado fueron bien indicadas, pues constituían una alternativa plausible para la patología que portaba la paciente.

27. Cáncer de mama. No se pudo demostrar que la conducta de los profesionales que asistieron a la actora, haya sido negligente u omisión de una acción debida, en orden a evitar el curso evolutivo de la enfermedad, ni de haberle quitado a la accionante la posibilidad de otorgarle una chance, una ocasión, una posibilidad de mejoría en su cuadro clínico o posibilidad de evitar la progresión de su patología. Aun en el caso de considerarse que el médico ginecólogo debió profundizar estudios médicos frente a la sintomatología aludida por la actora, tal omisión no puede vincularse que el obrar profesional haya vulnerado la lex artis. Aunque se hubiera adelantado el diagnóstico en cuatro meses, por su forma de presentación, el estadio de la enfermedad hubiera sido el mismo, en el que ya se encontraba al momento de la atención médica.

28. Cirugía de implantes mamarios y posterior cáncer de mama. El accionar del médico fue correcto y no existe relación de causalidad entre la intervención y el cáncer mamario que presentó posteriormente la paciente, sino que, más bien, ello es una consecuencia probable por la patología de HIV de la accionante.
29. Vejiga neurogénica posterior a una histerectomía subtotal. Se determinó que no existen elementos que permitan afirmar con certeza que la patología de la accionante haya sido causada por la cirugía realizada.
30. Cirugía de prolapso con extrusión de malla. Quedó acreditado que la actuación de la médica demandada fue correcta para el cuadro clínico que presentaba. No solo se solicitaron los estudios pertinentes recomendados, previo a decidir la estrategia terapéutica adecuada, sino que, además, la complicación sufrida es descrita por la bibliografía médica en el tipo de cirugías que se realizó la accionante.
31. Lesión intestinal posterior a cirugía de quiste de ovario o quistectomía. Las complicaciones ocurridas se encuentran dentro de las previsibles y que el riesgo fue adecuadamente comunicado a la actora previo a la cirugía por lo tanto no se puede atribuir responsabilidad al galeno.
32. Metástasis óseas, secundarias a un cáncer de mama, que no fueron diagnosticadas a tiempo. Analizada la conducta de los profesionales que asistieron a la actora, no surge un obrar negligente u omisión de una acción debida, en orden a evitar el curso evolutivo de la enfermedad, ni de haberle quitado a la accionante la posibilidad de otorgarle una chance o una posibilidad de mejoría en su cuadro clínico o posibilidad de evitar la progresión de su patología.
33. Error diagnóstico de cáncer de mama y posterior fallecimiento de la paciente, esposa del demandante. En un primer momento el galeno indica una punción mamaria ante el hallazgo de una imagen patológica. Debido a que el resultado de dicha punción fue negativo para malignidad, se continuó con el control. Ante la posterior modificación de la imagen hallada y habida cuenta que la misma tenía indicadores de sospecha de malignidad, el profesional decide tomar una conducta quirúrgica. Finalmente, el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa la presencia del carcinoma. No se logró acreditar error en el diagnóstico ni en el tratamiento. Si bien el error de diagnóstico y/o de

tratamiento puede ser un factor que, de origen a la responsabilidad profesional, es de destacar que no todo error en el diagnóstico y/o tratamiento implicará culpa del médico, ya que no toda equivocación en la que incurra el profesional será generadora de responsabilidad civil.

Conclusiones

Tras el análisis de los 73 juicios de mala praxis en el ámbito de la ginecología a lo largo de 20 años (2004-2024) se pudieron obtener diferentes conclusiones: Existe una tendencia al aumento de la cantidad de litigios presentados en este período. El incremento en los juicios de mala praxis puede estar relacionado con varios elementos.

Si bien se vió el incremento de demandas por mala praxis, es de destacar que el 45% de los casos analizados finalizaron con una sentencia desfavorable, es decir que los profesionales demandados fueron absueltos de cargos. Sin perjuicio de ello, los mismos han tenido que atravesar un proceso judicial en donde se los acusa de un obrar incorrecto que no pudo ser probado. Esto conlleva a una situación de estrés, de tiempo dedicado a la acción judicial y por lo tanto de un lucro cesante.

En un estudio publicado por el *Medical Principles and Practice* indica que a pesar que la práctica médica se vio influenciada por una medicina defensiva, no se ha observado un cambio significativo en la cantidad de reclamos iniciados por los pacientes. (Anupam B. Jena, 2011)

La medicina defensiva es un fenómeno cada vez más común en la práctica médica, especialmente en áreas de alto riesgo como la ginecología. Los médicos influenciados por el temor a posibles demandas, adoptan prácticas defensivas en su ejercicio profesional. Esta tendencia puede tener implicaciones tanto en la calidad de la atención como en los costos de los servicios médicos. (Ramírez-Alcántara, Parra-Melgar, & Balcázar-Rincón, 2017)

Las principales causas que dieron inicio a las demandas que finalizaron con los médicos eximidos de responsabilidad profesional fueron las complicaciones de las cirugías. Algunas de ellas se tratan de complicaciones frecuentes, otras no tanto. En ciertas circunstancias no se habían dejado plasmadas en el

consentimiento informado o no habían sido claramente documentadas en la historia clínica. El error diagnóstico también fue otra causa recurrente que da origen a las demandas.

Se ha definido al consentimiento informado como la posibilidad del paciente de elegir el tratamiento a seguir, tras haber recibido información suficiente y adecuada a su comprensión sobre el diagnóstico y el pronóstico de la afección que sufre y de las alternativas terapéuticas disponibles (Caramelo Díaz, Gustavo Daniel, (Díaz, Daniel, & S, 2012) No obstante, pudimos observar que en determinadas ocasiones si bien el médico no registró en el consentimiento informado alguna complicación posoperatoria, no necesariamente esto implica mala praxis, ya que su accionar se ajustó a la *lex artis*.

El Dr Kiper menciona que en lo que respecta al error diagnóstico, la medicina no es una ciencia exacta. La infalibilidad no es un atributo de las diversas teorías actuales en el ámbito médico. Por lo tanto, se debe reconocer a la labor profesional en el arte de curar un amplio margen de acción y la libertad requerida para tomar decisiones conforme a su ciencia y conciencia. A los médicos, sólo se les debe exigir el grado de capacidad y diligencia que es usual entre los miembros de la misma profesión. (Kiper, 2011)

El simple error de diagnóstico o tratamiento médico no basta para causar un daño resarcible, ya que es una disciplina del saber en la que predomina la materia opinable, lo que resulta dificultoso establecer límites exactos entre lo correcto y lo que no lo es. Así, para que el error de diagnóstico responsabilice al médico por los daños causados al paciente, como consecuencia de haber seguido un tratamiento inadecuado, debe ser un error grave o inexcusable.

(Bustamante Alsina, 1989)

En concordancia con lo antedicho, Susana Ciruzzi menciona que la sensación, en líneas generales, del paciente (o sus familiares) es que si algo salió mal en el tratamiento médico aconsejado, es porque debe haberse cometido algún error o descuido por parte del profesional involucrado. Sin embargo, no todo resultado lesivo significará una impericia profesional, debido a que el médico no es un garante de resultados sino de medios, dado que la fatalidad y los medios pueden definir una conducta inadecuada que no llega a ser punible pese al resultado disvalioso (Ciruzzi, 2010)

La Dra de los Santos dice que el diagnóstico médico es la tarea de valoración que presenta mayores inconvenientes al momento de juzgar la conducta médica, pues al tratarse de un juicio incierto y no de una operación matemática, la culpa profesional debe estimarse con sumo cuidado, por cuanto aun en caso de que el médico hubiese realizado todos los estudios previos necesarios y una consciente y pormenorizada anamnesis, puede fallar en su valoración emitiendo un diagnóstico erróneo. (Santos, 2006)

Por otro lado, los principales motivos por lo que se desestimaron las demandas hacia los médicos fueron debido a que no se pudo demostrar el nexo causal entre el daño y el obrar médico, o debido a que no existió responsabilidad profesional. Cabe recordar que, para que la responsabilidad médica quede configurada, el paciente o quien reclame la indemnización está obligado a acreditar el daño que padece y que la reparación que reclama es consecuencia de un comportamiento culposos u omisivo atribuible a la mala praxis del profesional (Calvo Costa, 2016) El interrogante que surge a partir de esta información es, los pacientes se encuentran mal asesorados o influenciados por los abogados para iniciar un reclamo en el que no hay sustento sólido que los llevará posteriormente a perder el juicio?

En varios de los casos analizados, se constató que las decisiones médicas, tales como la elección del tratamiento o la realización de procedimientos quirúrgicos, se fundamentaron en el mejor criterio existente, considerando las circunstancias específicas de cada paciente. En particular, los profesionales fueron diligentes en su obrar, realizaron diagnósticos de manera apropiada y siguieron los protocolos médicos correspondientes, lo que refuerza la conclusión de que no siempre la existencia de complicaciones o resultados adversos puede ser atribuida a una conducta inapropiada o incorrecta.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, se observó que las complicaciones como la perforación uterina, lesiones vasculares, y la aparición de abscesos son situaciones complejas y previsibles, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos complicados, y aunque son desafortunadas, no siempre son el resultado de errores profesionales. Asimismo, se destacó la importancia de contar con un seguimiento adecuado de los pacientes, pues en

algunos casos las demoras o abandonos del tratamiento contribuyeron al desarrollo de dichas complicaciones.

Es notable la cantidad de demandas por mala praxis que se iniciaron (33) y que finalizaron con una sentencia en beneficio del médico, lo que nos hace cuestionar varios factores que pueden influir en estos resultados. Uno de los puntos clave es el papel de los abogados litigantes, que no solo están impulsados por la necesidad de justicia, sino también por factores económicos.

Se podría plantear que, el incremento de juicios por mala praxis, aunque en muchos casos justificados, puede estar siendo influenciado por la existencia de incentivos económicos para iniciar demandas, incluso en situaciones donde la responsabilidad del médico no es clara. Esto ha generado un ambiente en el que los profesionales de la salud se ven cada vez más expuestos a juicio.

Llegado a este punto, podemos concluir que la falta de información de los pacientes previo a los procedimientos, especialmente quirúrgicos llevan a una expectativa en los mismos con posteriores malentendidos. La relación médico paciente es fundamental pudiendo prevenir en muchos casos futuros juicios de mala praxis. Una relación sólida, basada en la confianza, el respeto mutuo y una comunicación clara, puede minimizar el riesgo de malentendidos y demandas judiciales.

Cuando los profesionales explican en forma clara los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos médicos a sus pacientes, se reduce considerablemente la posibilidad de que estos se sientan decepcionados.

Cuando el paciente confía en su médico, existe menor propensión a considerar que la atención recibida fue incorrecta.

Si bien nuestros resultados estadísticos no se coincidieron con los de la bibliografía debido a que en nuestro caso se obtuvieron mayor cantidad de juicios de mala praxis con resultado beneficioso para el paciente, es de destacar que no se encontraron otros estudios que analizaran en forma estadística sobre este tema en el país.

A partir del análisis efectuado surgen una nueva incógnita pasible de ser estudiada a futuro como son; cuáles son las posibles estrategias que pueden desarrollar los sistemas de salud y los médicos para reducir la cantidad de reclamos que realizan los pacientes hacia ellos?

La creciente información y educación que reciben los pacientes sobre sus derechos es una posible causa de demandas hacia los profesionales de la salud? La evolución tecnológica en la medicina y el mayor acceso a pruebas y registros médicos, facilitan la identificación de posibles errores médicos? Contribuye esto al aumento de demandas?

Referencias

- Agoglia, M. M., Boragina, J. C., & Meza, J. A. (31 de Julio de 1991). Responsabilidad contractual de los profesionales. *Revista Jurisprudencia Argentina*(5735), 2.
- Anupam B. Jena, M. P. (2011). Malpractice Risk According to Physician. *The New England Journal of Medicine*, 629 - 36.
- Brega, L. (2021 de Octubre de 2021). *Microjuris*. Obtenido de microjuris.com
- Bustamante Alsina, J. (s.f.). *Teoría General de la Responsabilidad Civil*.
- Calvo Costa, C. (2016). *Derecho de las obligaciones*. Buenos Aires: Editorial Hammurabi.
- Canonico, P. (2023). Las demandas se incrementaron un 20% en cinco años. El 80% tramita en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires. *Clarín*.
- Caramelo, G., Herrea, M., & Picasso, S. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV* (Vol. IV). Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Caramelo, G., Herrera, M., & Sebastián, P. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo IV*. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Caramelo, G., Marisa, H., & Picasso, S. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado Tomo I* (Vol. I). Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Caramelo, G., Marisa, H., & Picasso, S. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, Tomo IV*. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Cillo, A. B. (2005). *Responsabilidad Profesional*. La Plata: Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I – La Plata.
- Ciruzzi, S. (13 de Octubre de 2010). *Microjuris*. Obtenido de microjuris.com
- Diaz, C., Daniel, G., & S, P. (2012). *Los niños y el consentimiento informado para la práctica de tratamientos médicos y ensayos clínicos*. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Ejecutivo, P. (31 de Enero de 1967). Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429/actualizacion>
- Gómez Haiss, D. D. (17 de Mayo de 2017). *Microjuris*. Obtenido de microjuris.com
- Iraola, L., & Zaldivar, H. (s.f.). *Asociación Médica Argentina*.
- Kiper, D. (2011). *Microjuris.com*. Obtenido de Cita: MJ-JU-M-70185-AR | MJJ70185: <https://ar.microjuris.com/search-filter>
- López Mesa, M. J. (8 de Marzo de 2008). *MICROJURIS.COM*. Obtenido de microjuris.com
- Perez, J. (2019). *Derecho y Responsabilidad Médica; El juicio de mala praxis*. Editorial Jurídica, 2° edición.

Pirota, M. D. (Noviembre de 2007). *Sistema Argentino de Información Jurídica*. Obtenido de <http://www.saij.gob.ar/>

Ramírez-Alcántara, Y. L., Parra-Melgar, L. A., & Balcázar-Rincón, L. E. (2017). Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutierrez. *Aten Fam*, 62 - 66.

Romano, F., Carlucci, K. d., & Perez Hualde, A. (2004). *Podr Judicial de la Provincia de Mendoza*. Obtenido de www2.jus.mendoza.gov.ar/

Santos, D. I. (2006). *microjuris.con*. Obtenido de MJ-JU+M-77580-AR MJJ580.

Tallone, F. (1 de Abril de 2008). *Microjuris*.

Tobar, F. (2021). *IMPACTO ECONÓMICO DE LA MALA PRAXIS MEDICA*. Fundación Isalud, Bs As.

Vera Carrasco, O. (Enero de 2022). LA RESPONSABILIDAD Y LA MALA PRAXIS DEL PROFESIONAL MÉDICO. *Revista Médica La Paz*, 28, 60 - 65.

Vitolo, F. (21 de Marzo de 2018). *Microjuris*.

Wierzba, S. M. (2015). La Responsabilidad Médica en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. *Revista de Responsabilidad Civil y Seguros*, 5 - 25.