



Fundación H.A. Barceló Facultad de Medicina

Carrera de Especialización en Medicina Legal

Director: Dr. Roberto Foyo

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

***Análisis Médico-Legal de las Complicaciones y
Secuelas en Cirugía de Tiroides***

Gustavo Daniel Prats

danyprats@hotmail.com

Agosto 2024

Índice

Introducción	8
Objetivos generales y específicos	9
Vinculación del trabajo con la Medicina Legal	10
Metodología	11
Estado del arte	29
Marco teórico	36
Análisis del problema	50
Sugerencias y propuestos del autor	59
Consideraciones finales y conclusiones	65
Bibliografía	71

Agradecimientos

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a la Facultad de Medicina de la Fundación H. A Barceló que representada por sus autoridades y docentes, me permitió llegar a esta instancia; a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo y en especial al Licenciado Sergio Esteban Remesar, docente de Metodología de la Investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión de este trabajo.

También deseo expresar mi gratitud hacia el doctor Roberto Foyo, director de la Carrera de Especialización en Medicina Legal.

Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda, así como la de todo el plantel de profesores durante estos dos años.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros de cursada por su solidaridad y colaboración desinteresada.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos: Muchas gracias.

Resumen

Antecedentes: Los litigios afectan a los médicos desde el punto de vista financiero, reputacional y profesional. Aunque la cirugía de tiroides tiene resultados favorables para los pacientes, el litigio persiste. Nuestro objetivo fue analizar las complicaciones y secuelas en la cirugía de tiroides, y su vinculación con la Medicina Legal, en hospitales públicos y establecimientos privados de la provincia de Buenos Aires.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes operados por cirugía de tiroides y que presentaron complicaciones y secuelas a consecuencia de esta cirugía en el período del 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2023. Se consultaron las historias clínicas de estos pacientes de dos hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires y de dos centros de salud privados. Asimismo, se realizaron entrevistas con abogados del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y diferentes cirujanos intervinientes en la patología tiroidea

Se recopilaron y analizaron datos demográficos; clínicos; quirúrgicos; y datos legales, incluida la causa para iniciar el litigio, el estado del caso judicial y el veredicto si lo hubiere.

Resultados: De los 175 casos incluidos, se presentaron complicaciones y secuelas post tiroidectomías en 79 casos (45%). De ellos, solamente 8 casos (10,1%) presentaron demanda judicial por mala praxis. El evento quirúrgico iniciador de litigio judicial más común en nuestra serie analizada fue el hipoparatiroidismo en 5 casos (62,5%) seguida por la lesión del nervio laríngeo recurrente (n = 3, 37,5%). No se presentaron demandas por otro tipo de complicaciones. Hubo sentencia condenatoria en 3 casos (37,5%), 1 caso de absolución (12,5%) y 4 casos pendiente de resolución (50%). Del total de casos que presentaron reclamos judiciales, 3 cirugías fueron realizadas por otorrinolaringólogos (37,5%), 3 por cirujanos generales

(37,5%), 1 por cirujano oncológico (12.5%) y 1 por cirujano de cabeza y cuello (12,5%).

Conclusión: 1) el 45% de la población operada presentó algún tipo de complicación post quirúrgica, aunque en la mayoría de los casos se trató de complicaciones leves y que no resultaron en demandas judiciales, 2) solamente un 10% de los casos que presentaron complicaciones iniciaron demanda judicial por mala praxis, 3) los casos de demanda por mala praxis se debieron exclusivamente a hipoparatiroidismo y lesión recurrencial. 4) las complicaciones post quirúrgicas aumentan proporcionalmente a la extensión de la cirugía y a la malignidad de la patología. 5) los resultados obtenidos en cuanto a complicaciones post quirúrgicas son similares a los comunicados por la bibliografía internacional, 6) los cirujanos de cabeza y cuello y oncológicos presentaron menos complicaciones y demandas post quirúrgicas. 7) las demandas por mala praxis fueron desfavorables para los cirujanos en 3 casos, hubo una absolución y 4 están pendientes de resolución.

PALABRAS CLAVE: CIRUGÍA DE TIROIDES – MALA PRAXIS – COMPLICACIONES POST TIROIDECTOMÍA

Summary

Background: Litigation affects physicians financially, reputationally, and professionally. Although thyroid surgery has favorable outcomes for patients, litigation persists. Our objective was to analyze the complications and sequelae in thyroid surgery, and its link with Forensic Medicine, in public hospitals and private establishments in the province of Buenos Aires.

Methods: A retrospective study of patients who underwent thyroid surgery and presented complications and sequelae as a result of this surgery in the period from January 1, 2016 to December 31, 2023 was conducted. The medical records of these patients from two public hospitals in the province of Buenos Aires and two private health centers were consulted. Interviews were also conducted with lawyers from the College of Physicians of the Province of Buenos Aires and different surgeons involved in thyroid pathology. Demographic data were collected and analyzed; Clinical; Surgical; and legal data, including the cause for initiating litigation, the status of the court case, and the verdict if any.

Results: Of the 175 cases included complications and sequelae after thyroidectomies occurred in 79 cases (45%). Of those, only 8 cases (10.1%) filed a lawsuit for malpractice. The most common surgical event initiating legal litigation in our analyzed series was hypoparathyroidism in 5 cases (62.5%), followed by recurrent laryngeal nerve injury (n = 3, 37.5%). No lawsuits were filed for other complications. There were convictions in 3 cases (37.5%), 1 case of acquittal (12.5%) and 4 cases pending resolution (50%). Of the total number of cases that filed legal claims, 3 surgeries were performed by otolaryngologists (37.5%), 3 by general surgeons (37.5%), 1 by oncological surgeon (12.5%) and 1 by head and neck surgeon (12.5%).

Conclusion: 1) 45% of the operated population presented some type of post-surgical complication, although in most cases these were minor complications that did not result in lawsuits, 2) only 10% of the cases that presented complications initiated a lawsuit for malpractice, 3) the cases of

malpractice lawsuit were due exclusively to hypoparathyroidism and recurrent injury, 4) post-surgical complications increased proportionally to the extension of the surgery and the malignancy of the pathology. 5) the results obtained in terms of post-surgical complications are similar to those reported by the international literature, 6) head and neck and oncological surgeons presented fewer complications and post-surgical claims, 7) malpractice claims were unfavorable for surgeons in 3 cases, there was one acquittal and 4 are pending resolution.

KEYWORDS: THYROID SURGERY – MALPRACTICE –
COMPLICATION

Introducción

El presente trabajo de investigación se propone realizar un análisis médico-legal de las complicaciones y secuelas en cirugías de tiroides, realizadas en diversos centros médicos de diferentes características tanto públicos como privados.

La finalidad es analizar cómo impactan los resultados en términos de complicaciones y secuelas en la cirugía de tiroides que se traducen en reclamos judiciales civiles basados en daños y perjuicios. Para ello se tuvo en cuenta el aporte de datos ofrecidos por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, el aporte de los trabajos bibliográficos sobre el tema, la experiencia terapéutica del autor en sus lugares de desempeño profesional, volcados en el análisis técnico de las Historias Clínicas estudiadas.

Es importante analizar las complicaciones observadas en nuestra experiencia terapéutica y la de otros equipos quirúrgicos dentro de esta especialidad, desde diferentes perspectivas (medio, formación, urgencia, recursos, entre otros). Sabemos que muchas de estas cirugías en el hospital público se llevan a cabo en los servicios de cirugía general o en el sector de cabeza y cuello en el mejor de los casos. Lamentablemente algunas de estas cirugías son realizadas por cirujanos generales sin formación en cirugía de cabeza y cuello y/o con muy poca experiencia en la misma. Generalmente estas intervenciones, son efectuadas por los médicos residentes, rotantes y especialistas en cirugía general guiados por cirujanos especialistas en cabeza y cuello. Excepcionalmente, las mismas son realizadas por el jefe de servicio o por profesionales de staff de mayor experiencia, mientras que en los centros privados ocurre lo inverso.

A su vez las cirugías de urgencia, que afortunadamente son un porcentaje bajo en comparación con las programadas, exigen otra premura en su resolución y son otras las características de morbi/mortalidad de los

pacientes.

Finalmente resta agregar el tipo de formación o especialidad de base del profesional actuante, entre las que se destacan: Cirujano general, Otorrinolaringólogo, Cirujano oncológico y Cirujano de cabeza y cuello.

Así pues, surge el interrogante si el impacto de la cirugía de tiroides traerá alguna consecuencia significativa en relación con los resultados obtenidos y las complicaciones acaecidas. Para ello se realizó un análisis desde un enfoque médico- legal de las complicaciones y secuelas de los centros en cuestión.

Objetivos

General:

□ Analizar las complicaciones y secuelas en la cirugía de tiroides, y su vinculación con la Medicina Legal, en hospitales públicos y establecimientos privados de la provincia de Buenos Aires.

□

Específicos:

□ Analizar la frecuencia de complicaciones y secuelas en la especialidad de cirugía de tiroides.

□ Definir el tipo de complicación y secuela más frecuentemente observado en la especialidad de cirugía de tiroides.

□ Evaluar la tasa de reclamación judicial en la cirugía de tiroides.

Vinculación del trabajo con la medicina legal

Suele definirse a la profesión médica como una ocupación basada en acciones que se proponen promover y restablecer la salud, identificar, diagnosticar enfermedades en pro de curarlas aplicando un cuerpo de conocimiento sistematizado y específico, en la que debe primar el espíritu de servicio persiguiendo el beneficio del paciente a partir de la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, de manera ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad. (Vargas Blasco, 2016)

Si bien el médico desde siempre ha requerido de una actualización constante, últimamente la profesión médica del siglo XXI se encuentra sometida a cambios permanentes, vinculados con las organizaciones y el cuestionamiento de los paradigmas de conformación de los sistemas de salud, en función de la de continua evolución tecnológica.

Por ello, los aspectos médico-legales del ejercicio de la profesión han tomado relevancia, en especial los vinculados a la responsabilidad médica, la seguridad clínica y asistencial; los nuevos abordajes a partir de los que el paciente es un protagonista importante en el proceso que va de la enfermedad a la salud, en el cual reconoce los riesgos y toma decisiones, por ser sujeto y objeto de la práctica médica. Dado el mayor compromiso en la relación médico –paciente han proliferado los temas médico-legales que devienen en un reclamo por un daño o perjuicio relacionado con la responsabilidad profesional. (Ídem, 2016)

Aun estando considerada de bajo riesgo de reclamación, la cirugía de tiroides presenta patologías generalmente de elevada morbilidad y un riesgo quirúrgico moderado que puede producir hasta el fallecimiento del paciente. Así pues, algunos pacientes reclaman cierto daño o perjuicio en su salud con complicaciones desde menores a graves y en el otro extremo, en el cual la muerte es un porcentaje bajo, la gente no demanda, lo acepta, porque está informada. (Berman, 2013)

Metodología

El presente trabajo descriptivo se realizó bajo un enfoque cuantitativo y a través de un diseño de campo en el cual se recolectaron los datos a través del análisis de las fuentes enunciadas a continuación.

Instrumentos de Recolección de Datos

- Análisis de 175 historias clínicas provenientes de dos hospitales públicos y dos centros de salud privados donde se desempeña profesionalmente el autor como Cirujano de Cabeza y Cuello. Las Historias Clínicas han sido evaluadas a través de los profesionales médicos autorizados a su consulta, en cada caso, sin violar la confidencialidad de las mismas por parte del autor.
- Entrevistas estructuradas a 10 médicos cirujanos relacionados con la cirugía de tiroides pertenecientes al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación de Médicos Municipales de C.A.B.A, la Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello, y 2 abogados colegiados en Colegio de Abogados de la provincia. de Buenos Aires, los que facilitaron el material de estudio (estadísticas, reportes, pericias, etc.) en forma oficial.

Alcance de la investigación:

La presente investigación es descriptiva ya que, ante la carencia de material estadístico y bibliografía sobre el tema, fue necesario abrir una brecha hacia el estudio del fenómeno de la relación entre la cirugía de tiroides y la medicina legal.

Al respecto Hernández Sampieri (2014) sostiene que los estudios

descriptivos son aquellos en se buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. En ellos se miden o evalúan diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

Las Historias Clínicas han sido evaluadas a través de los profesionales médicos autorizados a su consulta, en cada caso, sin violar la confidencialidad de las mismas por parte del autor del trabajo de investigación.

Realizadas con entrevistas a profesionales médicos y a abogados, que facilitaron el material de estudio (estadísticas, reportes, pericias, etc.) en forma oficial.

En el caso de la investigación descriptiva, existen tres técnicas para llevarla a cabo:

1. Observación:

La observación, según Hernández Sampieri “no es mera contemplación (sentarse a ver el mundo y tomar notas); sino es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis , a partir del cual se construyen los datos, que se procesaran posteriormente para elaborar conclusiones” .(2014: 185)

En el presente trabajo se utilizó tanto metodología cuantitativa basada en estadísticas, para la obtención de valores que den cuenta de las secuelas de las operaciones quirúrgicas de cirugía de tiroides, así como metodología de corte cualitativo, basada en la interacción con informantes clave, que permitió la obtención de categorías como “mala praxis” a través del instrumento generado a tal efecto.

2. Instrumento de investigación

El instrumento utilizado para cubrir la fase cualitativa del presente trabajo fue la entrevista en profundidad. Esta técnica consiste en recopilar

información sobre conocimientos, creencias o apreciaciones de informantes seleccionados *ad hoc* sobre el objeto y/o sujeto de investigación. Se organiza en forma de conversación no estructurada, en la que el informante se manifiesta libremente sobre el tema de estudio. Para el caso se constituye como una interacción entre partes en la que interactúa una comunicación de significados; donde el entrevistado explica su visión o experiencia sobre el tema y el entrevistador decodifica la información suministrada. Las entrevistas fueron dirigidas al personal médico y a los abogados para el tema de la incidencia de la mala praxis en el tipo de intervenciones quirúrgicas. (Varguillas Carmona, 2007)

3. Trabajo de campo

Respecto al trabajo de campo, este se refleja en los conceptos recogidos del entrevistado del mundo del derecho, aquellos abogados de las especialidades penales o civiles, que les ha tocado protagonizar o al menos conocer casos donde se juzgó la responsabilidad profesional por los actos realizados con negligencia o impericia. Esta “mala praxis” es la negligencia médica o mala praxis médica, pero la misma también se aplica a otros ámbitos profesionales como la abogacía, la contabilidad pública, la escribanía, el tratamiento psicoterapéutico, etc., y compromete a una más completa y precisa capacitación profesional. A ello le agregamos lo analítico, aquello que involucra un análisis científico de datos relevados, estadísticas, sentencias y veredictos judiciales, con los que arribamos a las conclusiones del caso.

Durante la investigación se analizaron las características de una muestra en un estudio transversal, abordando un sector de la realidad en un espacio y tiempo determinado, un fenómeno o situación determinada (las demandas generadas por complicaciones y secuelas en cirugía de tiroides).

Esta no es una investigación histórica. No pretende comprender la totalidad de la actividad de la cirugía de tiroides desde sus comienzos, sino centrarse en un aquí y ahora, que resulte de utilidad práctica para

corregir profesional y éticamente las negligencias, impericias u omisiones en el ejercicio de nuestra profesión.

Procedencia de la Muestra

A los fines de realizar el presente trabajo de investigación, se efectuó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los centros asistenciales donde se desempeña profesionalmente el autor como Cirujano de cabeza y cuello (dos hospitales públicos y dos centros de salud privados), evaluando las complicaciones y secuelas del tratamiento efectuado como así también la judicialización de los posibles reclamos de mala praxis en un período comprendido entre 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2023. En total se analizaron las historias clínicas de 175 pacientes con intervenciones quirúrgicas de tiroides de diferentes instituciones médicas públicas y privadas.

Por último, se consultó con el mismo fin mediante entrevistas a diez (10) cirujanos relacionados con la cirugía de tiroides con eximia trayectoria en su especialidad, pertenecientes al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación de Médicos Municipales de C.A.B.A y miembros titulares de la Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello. Asimismo, se realizaron entrevistas a dos (2) abogados, letrados que litigan tanto en el fuero civil como penal.

Todas las entrevistas se realizaron con previo acuerdo de los participantes.

Distribución de la población y variables analizadas.

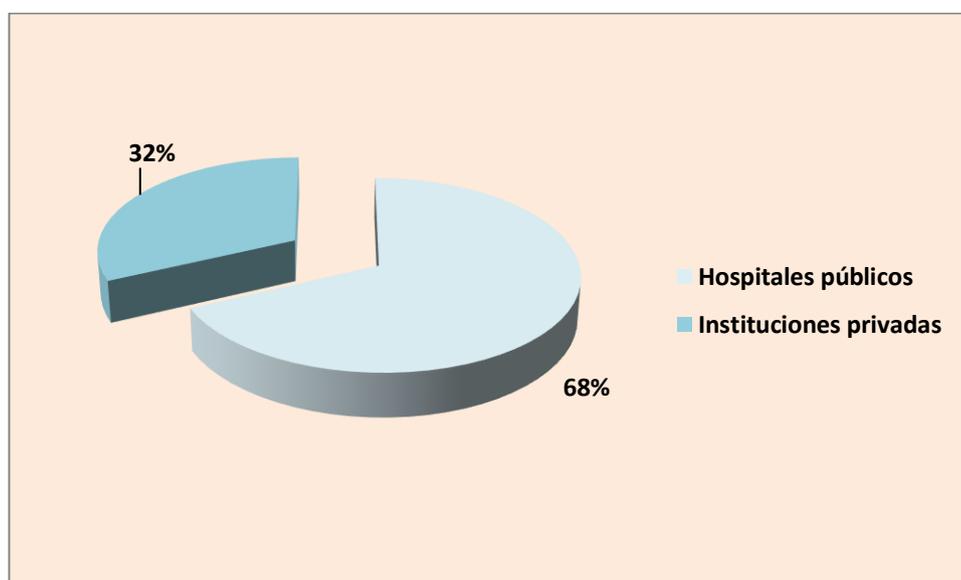
Las variables utilizadas para el análisis de las Historias Clínicas fueron:

- a) Cantidad de cirugías con complicaciones y/o secuelas
- b) Cantidad de cirugías sin complicaciones y/o secuelas.
- c) Tipo de institución donde se realizó la cirugía

- d) Tipo de especialista que intervino (Cirujano de Cabeza y cuello, Otorrinolaringólogo, Cirujano general, Cirujano oncológico)
- e) Acto quirúrgico
- f) Motivos posibles de demanda
- g) Vía de reclamación
- h) Vía de resolución
- i) Sentencia o resolución

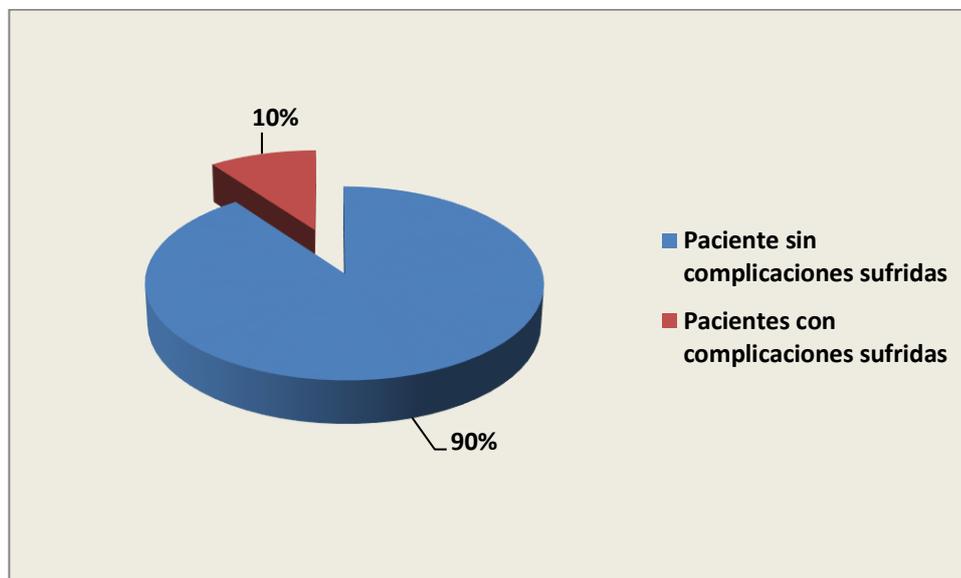
Se evaluaron 175 pacientes operados por patología tiroidea de los cuales 120 (68%) fueron intervenidos en hospitales públicos; los otros 55 (32%) en instituciones privadas (Figura 1). La experiencia se basó en las secuelas y complicaciones sufridas por 18 (10%) pacientes, sobre un total de 175 (Figura 2).

FIGURA 1: ÁMBITO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LA ESPECIALIDAD.



Población total: 175

FIGURA 2: ANÁLISIS DE POBLACIÓN – RELACIÓN ENTRE PACIENTES SIN COMPLICACIONES Y CON COMPLICACIONES



Se realizó una obligada diferenciación entre los casos clínicos donde intervinieron especialistas en cirugía de cabeza y cuello, cirugía general, cirugía oncológica y otorrinolaringología y los médicos y cirujanos que no lo son, aplicando aquí un criterio de inclusión y exclusión, en base al **análisis de las historias clínicas**, para determinar los casos que deberían ser considerados relevantes en el presente trabajo.

Criterios de inclusión:

Casos clínicos de supuestos defectos de praxis médica atribuibles a cirujanos de cabeza y cuello, cirujanos generales, cirujanos oncológicos y otorrinolaringólogos que intervienen directamente a pacientes con patología tiroidea y son responsables directos del enfermo.

Criterios de Exclusión:

Casos clínicos de supuestos defectos de praxis médica con

complicaciones o secuelas de cirugía de tiroides atribuibles a médicos que no sean cirujanos de cabeza y cuello, cirujanos generales, cirujanos oncológicos u otorrinolaringólogos.

El presente trabajo analizó la tasa de complicaciones de los procedimientos quirúrgicos en cirugía de tiroides y su relación con posibles implicancias médico- legales. Para tal fin, se evaluaron las siguientes dimensiones de las variables:

✓ **Especialidad del Facultativo**

-Cirujano de Cabeza y cuello

-Otorrinolaringólogo

-Cirujano general

-Cirujano oncológico

✓ **Tipo de Centro Hospitalario.**

Se distinguieron entre dos posibilidades:

-Centro Asistencial Privado: pertenecientes a sociedades particulares, mutuales, obras sociales y servicios de medicina prepaga.

-Centro Asistencial Público: aquellos dependientes del sistema de salud estatal en su carácter Nacional, Provincial o Municipal.

✓ **Acto médico o quirúrgico**

-Se diferenciaron aquellas complicaciones y/o secuelas fundamentadas en episodios ligados a un proceso quirúrgico.

✓ **Motivos posibles de demanda.**

De acuerdo a diversos análisis realizados por especialistas en valoración del daño corporal y abogados que determinan el tipo de perjuicio

o responsabilidad médica, hallándole un objeto a la demanda en diferentes motivos de la asistencia:

- Defecto de la Práctica Médica
- Secuelas
- Retraso Asistencial
- Mala Relación Médico-Paciente
- Error Diagnostico
- Defecto en el seguimiento
- Defecto en la información
- Complicación Postoperatoria

✓ **Responsabilidad profesional**

La responsabilidad médica en Argentina alude a la obligación que tienen los profesionales de la salud de actuar de manera diligente, competente y ética en el ejercicio de su profesión, a fin de garantizar la salud y el bienestar de sus pacientes. En caso de que un paciente sufra algún daño como consecuencia de la mala praxis o negligencia de un profesional de la salud, éste puede ser demandado y ser considerado responsable por el daño causado. (Iglesias, 1984)

En resumen, la responsabilidad médica en Argentina consiste en la obligación de los profesionales de la salud de actuar con la debida diligencia y competencia, entendiendo que existe la potestad del paciente de demandarlos y responsabilizarlos en caso de que se produzca un daño como consecuencia de una mala praxis o negligencia.

La responsabilidad penal se da cuando el médico comete un delito, ya sea por acción imprudente o voluntaria. La responsabilidad civil surge de la obligación de reparar el daño causado en el ejercicio de la profesión, ya sea por incumplimiento de contratos, actos ilícitos o falta de diligencia. La responsabilidad contencioso-administrativa se da cuando se reclama daños

o perjuicios por atención sanitaria deficiente contra la administración sanitaria o centros concertados. Además, la responsabilidad colegial implica el cumplimiento de los códigos de deontología profesionales. (López Mesa, 2006.)

Los elementos constitutivos de la responsabilidad médica son la obligación preexistente del médico, la falta médica (ya sea por acción u omisión), el perjuicio ocasionado al paciente o terceros, y la relación de causalidad entre la falta médica y el perjuicio. Es fundamental demostrar estos elementos para establecer la responsabilidad del médico en un proceso judicial.

Estos principios ya estaban previamente contenidos en la declaración de Ginebra, en la que se constituyó la Promesa del médico (AMM, 2017) que dice:

“Como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad; velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes; respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes; velar con el máximo respeto por la vida humana; no permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes; guardar y respetar los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes; ejercer mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica; promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; otorgar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen; compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud; cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel; no emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza” .Y culmina con estas

palabras: “Hago esta promesa solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor”. (AMM, 2017)

Aparisi et al (2010) consideran que, el médico debe promover la salud y el bienestar de los pacientes proporcionando atención integral y empática en función de las buenas prácticas médicas. Su responsabilidad es contribuir con la prevención de la enfermedad de la comunidad toda, respetando la vida y dignidad del paciente y promoviendo su autonomía.

La medicina debe ejercerse sin discriminación alguna (género, nacionalidad, afiliación política, raza, cultura, orientación sexual o posición social) utilizando los recursos sanitarios y administrando equitativamente los recursos que posee.

El médico debe aplicar su opinión profesional independiente, evitando los conflictos de intereses reales o potenciales.

Al asumir la responsabilidad de sus decisiones médicas, debe colaborar con otros profesionales, respetando la confidencialidad del paciente, certificando solo lo que ha verificado personalmente.

Deberes hacia el paciente

-Prestar atención médica con respeto por la dignidad, la autonomía y los derechos del paciente entendiendo que este puede aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus preferencias.

-Prevenir los daños al paciente y buscar un equilibrio entre el beneficio previsto y los posibles daños al mismo.

-Informar en cada instancia del proceso de atención luego de la obtención del consentimiento informado las prácticas y los efectos que pueden producirse, entendiendo que, el paciente debe ser respetado en su decisión de mantener o retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

Todas las decisiones se deben tomar en función de lo establecido por este Código En casos de emergencia, y ante la ausencia de un

representante, el médico puede iniciar el tratamiento sin el consentimiento informado previo, en aras del interés superior del paciente.

Si la patología excede la capacidad o la incumbencia de un médico, debe derivar al paciente a otro profesional de la salud cualificado.

La confidencialidad del paciente, aún después de su fallecimiento debe respetarse, y solo el médico puede divulgar información confidencial con el consentimiento informado del mismo.

El médico debe abstenerse de publicidad y comercialización intrusivas garantizando que toda la información utilizada por él en publicidad y comercialización sea objetiva y no engañosa y exenta de intereses comerciales, financieros o de otro que puedan influir sobre el profesional o condicionarlo.

Este Código representa los deberes éticos del médico. Ante los casos de objeción de conciencia del profesional a la provisión de cualquier intervención médica legal solo puede ejercerse si el paciente individual no sufre daño o discriminación y si la salud del paciente no está en peligro, informándosele de inmediato y respetuosamente de esta objeción y de su derecho a consultar a otro médico calificado proporcionando información suficiente para que el paciente pueda iniciar dicha consulta de manera oportuna. (AMM, 2017)

Bruguera (2012) determina que la responsabilidad del médico no se vincula al resultado, sino está relacionada con no haber utilizado los medios adecuados, conforme a cada caso, conteniendo los riesgos que se corresponde con cada procedimiento.

Elementos contenidos en la responsabilidad médica

En principio conviene recordar que la obligación profesional no está ligada a resultados.

Tanto si se trata de responsabilidad penal como de responsabilidad civil, para que pueda hablarse de responsabilidad médica, deben concurrir ciertas premisas que deberán ser demostradas.

Estas se reducen a:

- Obligación preexistente., expresada como el dejar de hacer lo que sé que hacer por omisión o no , aunque exista un compromiso contractual o imperativo legal
- Falta médica, la ausencia de atención, el incumplimiento de la *lex artis*” la no adecuación del ejercicio de la profesión al nivel de desarrollo de la medicina. Se evalúa si el médico ha cumplido efectivamente el proceso diagnóstico, utilizando los medios a su alcance para curarlo o aliviarlo de su patología. (Gisbert Calabuig, 2004)
- Perjuicio ocasionado. La responsabilidad de un médico es la que determina, si existe falta y si ella produjo daños en el paciente (perjuicios morales, económicos, físicos, psíquicos, que pueden alcanzar hasta la pérdida de la vida del mismo, de familiares y herederos. de orden moral y/o económico).
- Nexo de causalidad, en el caso que exista relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado, al demostrarse esta relación, da cuenta de que la falta médica ha sido el fundamento o el origen del daño (Gisbert Calabuig 2004).

En muchos casos, en medicina no puede establecerse una relación biunívoca entre la causa y el efecto, dado que pueden concurrir muchas razones para determinar el daño. En ese caso, puede ocurrir un error judicial que asigne al profesional la responsabilidad total del perjuicio ocasionado al paciente. (Vargas Blasco, 2016)

Vía de reclamación

La demanda es el acto procesal por el que una persona que considera que se ha avanzado sobre sus derechos inicia una acción contra quien lo ha perjudicado para obtener una tutela judicial efectiva, configurando un trámite que inicia una acción judicial, que se desarrolla en juzgados penales o civiles.

Existe responsabilidad médica en lo civil, penal y/o ética, y

contencioso-administrativa que en Argentina está regulada por la Ley de Ejercicio de la Medicina, (Ley 17.132/ 1967), la que establece las normas y los procedimientos a seguir en caso de reclamos por mala praxis. Los pacientes afectados pueden presentar una denuncia ante el Tribunal de Ética del colegio médico correspondiente, solicitar una mediación o realizar una demanda judicial para reclamar una indemnización por los daños y perjuicios sufridos.

Vía de resolución.

Es importante aclarar que, una demanda puede iniciarse por una vía y progresar a otra, o, como ocurre en muchos casos se acabe resolviendo el caso por medio de un pacto extrajudicial entre partes. Este suele ser el caso las demandas civiles o el ámbito contencioso-administrativo.

Es posible que pudiera ocurrir la transformación de un proceso que se inicia por vía penal y al no llegarse a una condena, la parte demandante acude a la vía civil para obtener la condena y consecuente indemnización. Por tanto, al final también es importante conocer cómo se finalizan las demandas. (Vargas Blasco, 2016)

Sentencia o resolución

Para poder hablar con propiedad se tratará de diferenciar entre las decisiones tomadas en un juzgado y las resoluciones que se consiguen al margen de la administración.

Sobreseimiento o Archivo.

El sobreseimiento es el procedimiento de paralizar el proceso. En cambio, archivar el caso, es una acción directa en la que el conjunto de acciones vinculadas al hecho juzgado son clasificados y puestos a buen recaudo con el objeto de parar el proceso y garantizar dicha terminación. (Castillero, 2019)

Acuerdo Extrajudicial:

A la hora de resolver cualquier situación a través de la justicia, es posible que el proceso judicial se alargue en el tiempo. Por esta razón se implementa el acuerdo extrajudicial, para resolver la situación mediante un procedimiento más breve y simple.

Es aquel acuerdo que se establece entre dos o más partes sin la necesidad de abrir un proceso judicial. Muchas veces, este procedimiento requiere de la figura del mediador, una persona encargada de gestionar las negociaciones y proponer soluciones al problema que se pretende resolver. De este modo, el mediador busca satisfacer a todas las partes por igual, sin tener que acudir al juzgado para dictar sentencia. Este acuerdo se puede implementar por vía civil y/o contencioso-administrativa. No así por la vía penal. (Law & Trends, 2024)

Sentencia Absolutoria:

Sentencia en la que el juez declara la ausencia de responsabilidad penal del acusado respecto de las infracciones por las que se ha seguido el proceso, no haciéndose cargo el mismo del pago de ninguna indemnización (en el ámbito civil y/o contencioso-administrativo) ni del cumplimiento de alguna pena (en lo Penal). (Depj. rae.es, 2003)

Sentencia Condenatoria

La sentencia penal condenatoria es el pronunciamiento judicial que avisa la terminación del proceso penal en donde se ha definido la responsabilidad de una persona en relación con su participación en una conducta punible y las demás obligaciones de los sujetos vinculados a través del condenado. (Rosanía, S/F)

La Responsabilidad Médica en el Código Civil y Comercial

Martín Pirota (2007) afirma que la responsabilidad médica se entiende como la obligación de responder por los actos médicos en respuesta de acciones desplegadas por los profesionales y las consecuencias disvaliosas del mismo, debiendo reparar los daños causados por su desempeño. Para que se genere una responsabilidad

médica deben concurrir los siguientes elementos:

El autor debe ser un médico, aquel profesional que ejerce la medicina en las condiciones estipuladas por la Ley del Ejercicio Profesional (Ley 17.132).

Un acto médico, condición fundamental, ya que el reclamo debe ser por una acción u omisión hecha en calidad de médico.

Elemento Objetivo: es el daño ocasionado al paciente.

Elemento Subjetivo: es la culpa, por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de deberes y reglamentos a cargo del médico.

Nexo de Causalidad: relación entre el acto médico y el daño resarcible.

El cambio del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN) modificó anteriores posturas de la responsabilidad médica; es así como existía una responsabilidad contractual y otra extracontractual, cuya diferencia radicaba en la existencia de un vínculo formal o no, entre el paciente y el médico.

De este modo, los tiempos de prescripción liberatoria desde el punto de vista legal eran para la responsabilidad contractual de 10 años y para la extracontractual de 2 años.

Con la reforma desaparece la división contractual/extracontractual, ambas responsabilidades ahora son una sola (unificación de la responsabilidad médica en el ámbito civil).

Las funciones de la responsabilidad civil serán de aquí en adelante presuntivas, resarcitorias y sancionatoria.

Existen causas de justificación que amparan la conducta que ha ocasionado un daño tales como: causa justa, estado de necesidad o para evitar un daño mayor.

Las acciones que liberan al médico de su responsabilidad son:

- Caso fortuito.

- Estado de necesidad
- Abandono de tratamiento por parte del paciente
- Prevenir un mal mayor
- Imposibilidad de cumplir la labor médica

Se regula la asunción de riesgos y se identifica la responsabilidad civil contractual objetiva en las obligaciones de resultado, por lo cual la obligación de medios que tenía el médico se suma además el deber de garantía y de riesgo creado cuando existe una promesa de resultado, aplicable solo para algunas especialidades médicas.

Son indemnizables las consecuencias inmediatas y las previsibles, es decir daños ocasionados directamente del accionar médico y complicaciones previsibles y evitables. Solo estas serán resarcibles económicamente.

Se hace referencia a los factores de atribución, que serán desarrollados más adelante y a las circunstancias de hecho significativas que serán probadas por quien alega. Puede también el juez establecer la teoría de las cargas probatorias dinámicas. Es en este punto el médico quien se encuentra en mejores condiciones de probar a pesar de ser el demandado.

Se establece como elemento resarcitorio al daño moral, con reclamo del mismo tanto para quien lo padece como para sus ascendientes, descendientes o convivientes. El daño moral lo podrá invocar el propio damnificado y puede ser resarcible con dinero siendo una casualidad atribuida al juez el hecho de reconocerlo.

El CCyCN contempla la pérdida de chance como daño indemnizable y resarcible.

Regula la actividad colectiva proveniente de un grupo de riesgo.

Las acciones por responsabilidad prescriben a los 3 años y se establece a la “*Mediación*” como forma alternativa de resolución de conflictos de forma no judicial (recordemos que es la esfera civil). Este plazo

nuevo de tres años abre un interrogante en dos aspectos:

1) plazo de resguardo o archivo de la documentación médica que involucra principalmente a las historias clínicas y

2) plazos de cobertura de los seguros médicos. En tal sentido, la ley de derechos de los pacientes con su decreto reglamentario 1089/12 indica que el archivo de las historias será de un plazo de 10 años considerados desde la última actuación médica, por otro lado, el propio Código que nos dice que la prescripción liberatoria opera a los 3 años. También se abre la discusión en los seguros que cubrirían por diez años la praxis médica, ya que, al reducirse el plazo de la prescripción liberatoria, por ende, menor debería ser el plazo de cobertura, las sumas aseguradas y el costo de la contratación, en relación a coberturas por actos médicos desde que se sancionó el Código nuevo.

Aplicación de reglas de las obligaciones de hacer

El profesional actúa conforme a las reglas de la profesión, de ahí que no puede referirse a un resultado sino a los medios que se pone a disposición de la salud del paciente; es por ello que la imputación siendo subjetiva (negligencia, impericia, imprudencia), permite liberarse probando su falta de culpa. En cambio, si promete un resultado, la imputación será objetiva, independientemente de la culpa. (Verde, 2017)

En relación al ámbito médico se contempla que toda persona debe prevenir de producir un daño, en tal sentido el art. 1.710, CCyCN, establece que se debe no solo evitar causar un daño, sino que, además, se debe tomar las prevenciones del caso, y si se produce un daño, no agravar la magnitud del mismo. La prevención funciona tanto para actos positivos, de acción como actos negativos o de omisión (art. 1711, CCyCN) que generen una conducta antijurídica.

- La mediación se impone como método de solución a problemas de manera extrajudicial a través de un consenso de voluntades, siendo de carácter obligatorio previo a la instancia de juicio, solo en lo civil.

- La Autonomía del paciente –como elemento preponderante- y las leyes recientes de “Derechos de los pacientes”, “Muerte digna” y “Declaración de voluntades anticipadas” genera mayor participación decisoria para el paciente, pilar fundamental de la relación médico-paciente actual.
- El deber para el médico a la *Información obligatoria* y el Derecho irrenunciable del paciente a recibirla.
- La importancia de la confección del Consentimiento informado como prueba de conformidad del paciente a un acto médico.
- Los plazos dentro de la “esfera penal” continúan siendo por el término de cinco (5) años e inhabilitación por el doble de la pena hasta diez (10) años. (Ídem, 2017)

Estado del arte

La temática del presente estudio se encuentra escasamente reportada en la bibliografía hasta el momento.

Es importante consignar que la ausencia de material precedente al Trabajo y la falta de datos nacionales homogéneos sistematizados en el ámbito de la especialidad cirugía de tiroides, la escasez de bibliografía nacional al respecto, hacen del presente estudio un esfuerzo pionero en la materia.

Sin embargo, pueden destacarse autores que han analizado la responsabilidad médica en Argentina, entre ellos se consigna a:

Daniel Navarro (2022) trabajó sobre la Responsabilidad médica en psiquiatría.

En su investigación aborda la relación Derechos humanos y salud mental. A partir de un desarrollo histórico analiza los viejos y nuevos paradigmas en salud mental, la responsabilidad profesional del médico y la prueba pericial con la consecuente actuación del perito en los juicios de responsabilidad profesional médica. En forma posterior desarrolla un análisis de la actuación del médico psiquiatra, destacándose las respuestas ante la posibilidad de suicidio, la internación, el electroshock y otras terapias convulsivantes. Posteriormente aborda la responsabilidad profesional por prescripción de psicofármacos, el secreto profesional y la justa causa para develarlo todo el trabajo está orientado a destacar la responsabilidad profesional en las investigaciones científicas, en base a las normativas internacionales y la ética en las investigaciones médicas con seres humanos. .

López Miró (2023) trabajó sobre la *Responsabilidad Médica*. En su libro analiza mediante 105 fallos favorables a los actores -y algunos fallos selectos de demandas rechazadas-, con sus fuentes, en particular la prueba del daño, las responsabilidades de empresas de medicina prepaga y del médico haciendo hincapié en la responsabilidad contractual objetiva.

Calvo Costa (2021) trabajo sobre el tema de la *Responsabilidad Civil Médica*, desarrollando la evolución de la Responsabilidad Civil y su impacto en la responsabilidad civil médica en tanto camino hacia la constitucionalización del Derecho de daños. Otros temas que aborda son: la consagración legislativa del principio de la reparación plena y la vinculación jurídica entre médico y paciente a partir de la situación de las clínicas, sanatorios, entes asistenciales y hospitales públicos.

Cesano (2018) publicó su libro *La Responsabilidad Penal Medica*, en donde desarrolla el tema de la mala praxis, sus aspectos sustantivos y procesales, en especial haciendo eco en la infracción al deber de cuidado en la actividad médica su responsabilidad penal y las cuestiones probatorias.

González Zavala (2023) publicó el artículo *Responsabilidad civil por no informar riesgos quirúrgicos* en la Revista de la Universidad Nacional de Córdoba. Esta colaboración se centra en los casos donde, después de una intervención bien practicada, se presenta una complicación postquirúrgica que genera daños en la salud. La pregunta que atraviesa el trabajo es ¿Hasta dónde se extiende la responsabilidad civil del médico si esa posible secuela no fue debidamente informada?

Rueda, (2019) escribió sobre las *Nociones Básicas sobre responsabilidad médica*, especializándose en Cirugía Plástica, Psiquiatría y Odontología. En su trabajo ofrece un modelo de Consentimiento Informado, aportando información sobre otros documentos e instrumentos médicos. Al tratar el tema de la responsabilidad civil de Instituciones y de los médicos actuantes según sus cargos en la organización, desarrolla las características del procedimiento completo de los juicios sobre responsabilidad médica, específicamente en tanto delito penal.

Jacovella (2022) analizó la *Responsabilidad civil y penal del médico cirujano* en lo que desplegó las consideraciones jurídicas sobre especialidades médicas y establecimientos asistenciales en lo que hace a la legislación sobre el ejercicio de la medicina y la responsabilidad del acto

médico. Su trabajo, contiene un vasto análisis de jurisprudencia sobre cirugías en general y cirugía plástica.

Wierzba (2015) escribió sobre la *Responsabilidad Médica en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación*. Según la misma, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación supone novedades relevantes para la profesión médica, al regular una serie de institutos que comprometen su actividad. En este sentido, dispone sobre inicio de la existencia de la persona, la comprobación de su muerte, los derechos personalísimos y la autonomía progresiva para las decisiones sobre el propio cuerpo. Supone además la incorporación de algunas reglas significativas para la realización de prácticas médicas de gran importancia actual, como la experimentación en seres humanos, la genética y las técnicas de reproducción humana asistida.

Entre la bibliografía internacional que aborda el tema en estudio, se encuentra:

En un trabajo, Marrone (2022) analizó cuarenta y siete sentencias dictadas entre 2013 y 2022 sobre denuncias de presunta negligencia médica en cirugía de tiroides en Italia. Cuarenta y tres de cuarenta y siete casos (91%) correspondieron a cirugía de tiroidectomía total, llevadas a cabo en mujeres en cuarenta casos (85,11%) y por hombres en siete casos (14,89%). En veintisiete de los casos (57,45%), la patología denunciada se debió a una lesión del nervio recurrente. En dos casos (4,26%), la lesión denunciada ocurrió por una hemorragia posquirúrgica. En cuatro casos (8,52%), el daño fue causado por hipocalcemia. Además, en un caso la lesión denunciada se debió a edema laríngeo posquirúrgico con crisis respiratoria, paro cardiovascular y posterior traqueotomía, mientras que en otro caso la lesión fue causa de shock séptico y posterior muerte.

De las cuarenta y siete sentencias, treinta y cuatro resultaron a favor de la pretensión del demandante/apelante (72,34 %) y trece fueron rechazadas (27,66 %).

Todas las decisiones de conceder las reclamaciones estuvieron

motivadas sobre la base de deficiencias en los registros médicos de los demandantes, particularmente en lo que respecta a las descripciones de los procedimientos quirúrgicos realizados: la ausencia de descripciones detalladas sobre cómo se realizó la identificación de los nervios laríngeos y de la técnica realizada, fue fuente de atribución de responsabilidad. La falta de una descripción de precisión operativa favoreció la hipótesis de la lesión iatrogénica.

En treinta y cuatro de los casos examinados, que terminaron favorablemente para el perjudicado, los cirujanos no pudieron probar que los servicios prestados se realizaron correctamente y que el incumplimiento se debió a una causa no imputable a ellos.

Joshua Chao (2023) en el trabajo *Litigio por mala praxis tras cirugía de tiroides: ¿Qué factores favorecen a los cirujanos?* analizaron casos de negligencia médica en cirugía de tiroides presentados contra cirujanos entre 1949 y 2022 obtenidos a través del servicio web Westlaw (Westlaw es un servicio de investigación legal en línea y una base de datos patentada para abogados y profesionales del derecho disponible en más de 60 países). De los 68 casos incluidos, la negligencia médica fue la causa de litigio más común, seguida de la falta de consentimiento informado adecuado. El evento quirúrgico de litigio más común fue la lesión del nervio laríngeo recurrente (n = 34, 50%). Los cirujanos ganaron la demanda con mayor frecuencia en instituciones generales (n = 53, 77,9%) y en 11 (91,7%) de los 12 casos tratados en instituciones académicas. Aunque no fue estadísticamente significativo, los tres cirujanos capacitados en cirugía de cabeza y cuello ganaron la demanda en sus casos. De los 15 casos en los que el fallo judicial fue favorable a los pacientes,

12 casos (80%) fueron decididos por un jurado conformado por gente común y la mediana de las indemnizaciones concedidas fue de 569.668 dólares.

Megan L. Swonke (2020) realizó un trabajo referido a *Tendencias de negligencia médica en tiroidectomías entre cirujanos generales y*

otorrinolaringólogos, con el objetivo examinar las tendencias de los litigios por tiroidectomías en los Estados Unidos de 1984 a 2018.

Se encontraron 55 casos entre 1984 y 2018. La mayoría de los demandantes eran mujeres (n = 50, 90,91%). Las indicaciones de cirugía incluyeron enfermedad benigna (25,45%), disfunción tiroidea (18,18%), cáncer (14,55%) o enfermedades desconocidas (41,8%). Las enfermedades benignas incluyeron bocio, nódulos tiroideos benignos y sospecha de cáncer (25,45%). La disfunción tiroidea incluyó afecciones inflamatorias, como enfermedad de Graves, enfermedad de Hashimoto, tiroiditis e hipertiroidismo (18,18%). La tiroidectomía total fue el procedimiento más realizado, observado en 26 (47,27%) de 55 casos. El resto de los procedimientos realizados fueron tiroidectomía subtotal en 7 casos (12,73%), lobectomía en 6 casos (10,91%) y tiroidectomía no especificada en 16 casos (29,09%).

Llegaron a la conclusión que el motivo más común de litigio fue la parálisis de las cuerdas vocales (51%, n = 28), y la mayoría falló a favor del demandado (64%). De ellos, el 43% de los casos (n = 12) se debieron a una lesión unilateral del nervio laríngeo recurrente (NLR) y el 39% (n = 11) se debieron a una lesión bilateral del NLR. De las reclamaciones por parálisis de las cuerdas vocales que dieron lugar al pago de una indemnización (36%), la mayoría incluyó daños adicionales, como falta de consentimiento informado (30%) o daños posteriores por traqueotomía permanente (40%), que suele ser consecuencia de parálisis nerviosa bilateral. En 49 casos, el imputado era otorrinolaringólogo en 16 (28,57%) y cirujano general en 33 (58,93%). De los 33 casos contra cirujanos generales, 3 (5,36%) habían completado su formación en cirugía endócrina; 3 (5,36%), en cirugía oncológica; 2 (3,57%), en cirugía torácica; 1 (1,79%), en cirugía vascular; y 1 (1,79%), en cirugía de cabeza y cuello. En 2 casos (3,57%), se desconocía la información de la formación del imputado. De los 33 cirujanos generales, 21 (63,63%) no tenían ninguna formación más allá de cirugía general. En este estudio, la mayoría de los litigios fueron contra cirujanos generales que no habían completado otra formación quirúrgica. A pesar de

un aumento en los procedimientos de tiroidectomía, las reclamaciones por negligencia relacionada con dicho procedimiento fueron bajas, con 5,9 reclamaciones por cada 10.000 procedimientos.

Una de las conclusiones de este trabajo fue la necesidad de hacer mayor énfasis en el consentimiento informado en la formación de los cirujanos. Los cirujanos deben educar a los pacientes con alto riesgo sobre posibles complicaciones quirúrgicas que pueden afectar drásticamente su calidad de vida.

Estos trabajos, que aportan algunas de las pocas estadísticas sobre la especialidad, fueron realizadas en el extranjero. Esto nos habla de la orfandad de datos fidedignos para establecer el universo real de la relación en estudio en el ámbito nacional.

Habiendo finalizado el análisis del material en el estado del arte, se efectuará un análisis de la relación, coincidencia o diferencia de los autores traídos en ayuda:

- La gran mayoría de los reclamos en cirugía de tiroides se debe a lesiones del nervio laríngeo recurrente;
- Los daños y secuelas demandados en los reclamos se deben entender como graves;
- Existe evidencia en uno de los trabajos analizados que revela que la formación en cirugía de cabeza y cuello disminuye las complicaciones post quirúrgicas en comparación con cirujanos no formados en esa área, y que las demandas fueron ganadas por todos los especialistas en cirugía de cabeza y cuello demandados;
- Los casos de demandas en Italia analizados en un trabajo, nos muestra que la mayoría de las sentencias fueron favorables para los pacientes y en contra de los cirujanos. Ocurre lo contrario en los casos de demanda en EE. UU. y los recolectados en el sitio Westlaw en donde las sentencias fueron ampliamente favorables para los cirujanos en contraposición con el trabajo italiano.

- Ponen a la vista la característica de falta de formación, como causal de los errores;
- Comparada con otras especialidades, la cirugía de tiroides no presenta un alto volumen de reclamaciones.
- Se evidencia la necesidad de hacer mayor énfasis en el consentimiento informado. La formación de los cirujanos debe reforzar la correcta realización de dicho documento legal y también la educación a los pacientes con alto riesgo sobre posibles complicaciones quirúrgicas que pueden afectar drásticamente su calidad de vida.

Marco Teórico

A los efectos de introducir la razón del presente trabajo se abordará a continuación lo atinente a la responsabilidad que le cabe al médico que trata este tipo de afecciones y que minimiza lo poco o nada aprendido en la carrera de grado sobre los riesgos a los cuales está expuesto. Por ello, haremos especial referencia las obligaciones y responsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión y a los documentos de carácter universal que regulan la actividad.

Un breve repaso cronológico de los mismos permite destacar como el primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, al Código de Núremberg, (1947) en respuesta a la prácticas atroces que se experimentaron en prisioneros y detenidos en los campos de concentración del nazismo acaecidos durante la segunda guerra mundial. El mismo, apelaba a determinar condiciones para la conducta ética en prácticas de investigación en seres humanos, introduciendo la categoría de consentimiento voluntario.

La Declaración de Helsinki adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964, constituyó un cuerpo de principios éticos que orientaban a la comunidad médica y a quienes experimentaban con seres humanos determinando los principios básicos de la investigación clínica y las normas a seguir en sus diversas modalidades. Su validez surge del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.(Fluss, 2001)

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, establecido en 1966 por Asamblea General de las Naciones Unidas determina en su artículo 7º que nadie puede ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes destacando que ninguna práctica de investigación, o experiencias médicas o científicas pueden hacerse sin el libre consentimiento de los sujetos involucrados.

Otras organizaciones internacionales han formulado pautas éticas para ensayos clínicos. Entre ellas las Pautas para Buenas Prácticas Clínicas en Ensayos de Productos Farmacéuticos de, 1995, de la Organización Mundial de la Salud, y las Pautas para una Buena Práctica Clínica, 1996, de Conferencia Internacional sobre Armonización de los Requerimientos Técnicos para el Registro de Fármacos para Uso Humano, diseñadas ambas con el fin de asegurar que los datos generados por las investigaciones sean mutuamente aceptables por las autoridades reguladoras de la Unión Europea, Japón y Estados Unidos. (CIOMS, 2002)

Además debe consignarse el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA publicó en 2000 las Consideraciones Éticas sobre la Investigación de Vacunas Preventivas Contra el VIH.

Posteriormente el Consejo de Europa integrado por 44 Estados elaboró un Protocolo sobre Investigación Biomédica, adicional a la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa, de 1997.

A partir de estos acuerdos se estableció que toda investigación en seres humanos debe realizarse conforme con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia que guíen la preparación responsable de protocolos de investigación.

Estos principios ya estaban previamente contenidos en la declaración de Ginebra, en la que se constituyó la Promesa del médico anteriormente citada, reflejo del Código Internacional de Ética Médica.

El mismo debe leerse en su conjunto y si bien está dirigido a los médicos, la AMM propone involucrar a todos aquellos profesionales auxiliares de la medicina en la atención sanitaria referenciándose en estos principios éticos.

Los principios

El médico debe promover la salud y el bienestar de los pacientes ofreciendo atención integral y empática en función de las buenas prácticas médicas. Su responsabilidad es contribuir con la prevención de la enfermedad de la comunidad toda, respetando la vida y dignidad del paciente promoviendo su autonomía.

Eso hace que deba ejercer la medicina sin prejuicio o discriminación género, nacionalidad, afiliación política, raza, cultura, orientación sexual, posición social o cualquier otro factor, utilizando los recursos sanitarios y administrando justa, equitativa y prudente los recursos compartidos que se le confían.

Su ejercicio debe estar atravesado por la conciencia, honestidad, integridad y responsabilidad, aplicando una opinión profesional independiente que no deba ser influida por la expectativa de beneficiarse a sí mismo o a su institución evitando los conflictos de intereses reales o potenciales.

Debe asumir la responsabilidad de sus decisiones médicas, colaborando con otros médicos y profesionales de la salud que estén involucrados en el cuidado del paciente o que estén cualificados para evaluar o recomendar opciones de tratamiento. Debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria, certificando solo lo que ha verificado personalmente.

Y fundamentalmente tiene que entender a su profesión como un aprendizaje continuo a lo largo de su vida profesional, a fin de mantener y desarrollar su conocimiento profesional y habilidades. (AMM, 2017)

La AMM establece también entre los deberes hacia el paciente:

El médico brindará su atención médica con respeto, rescatando la dignidad, la autonomía y los derechos del paciente a aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus valores y preferencias.

Deberá esforzarse en prevenir daños, respetando el derecho del paciente a ser informado en todo momento. Debe obtener el consentimiento

informado voluntario del paciente previamente a toda atención médica garantizando que pueda tomar una decisión libre e informada sobre la práctica propuesta.

En casos de emergencia, cuando el paciente no puede decidir, el médico puede iniciar el tratamiento sin el consentimiento informado previo, considerando el interés superior del paciente y con respeto de las preferencias del paciente, cuando se conozcan.

Cuando se habla de mantener la confidencialidad del paciente, esto se extiende a los pacientes que hayan muerto. Solo podrá el profesional divulgar información (y siempre acotada) cuando se preste el consentimiento informado.

Respecto a la atención virtual el médico debe asegurarse que esta forma de contacto proporcione la atención necesaria informando al paciente sobre los beneficios y límites de este modo de consulta, propendiendo a que dentro de lo posible, la consulta sea de contacto personal directo.

La objeción de conciencia del médico a la provisión de cualquier intervención médica legal solo se dará si el paciente no sufre daño o discriminación y si la salud del paciente no está en peligro.

El médico debe informar de inmediato y respetuosamente al paciente de esta objeción y del derecho del paciente a consultar a otro médico calificado y proporcionar información suficiente para que el paciente pueda iniciar dicha consulta de manera oportuna.

Esta descripción de la responsabilidad de los médicos se relaciona con una disciplina nacida en las últimas décadas del siglo anterior que se encuadra en la Bioética, un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter, en su libro *Bioethics: bridge to the future*, en el que este autor englobaba la "disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". La prestigiosa *Encyclopedia of Bioethics* (coordinada por Warren Reich) define la bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y

del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales". (Reich,1995)

En la actualidad esta disciplina abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que le suma la ética ambiental, atenta a los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc. Sin embargo, el término bioética se ha usado sobre todo para referirse a la nueva ética médica y a la ética de los permanentes avances en biomedicina.

El concepto de la *Bioética*, según lo indica León Correa se refiere a "La Bioética es una deliberación práctica de las exigencias éticas que lleva consigo el respeto por la vida humana y no humana, y la promoción de la dignidad de la persona, en el ámbito biomédico, en la asistencia en salud, en las instituciones, políticas y sistemas de salud⁹ " se trata del estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales siendo imprescindible tener en cuenta este marco de referencia para encarar los problemas de la responsabilidad profesional en el ejercicio de la medicina actual.

Para que se configure la responsabilidad profesional se requieren que estén presentes los cuatro clásicos requisitos de la responsabilidad civil en general:

- Antijuridicidad
- Imputabilidad: factores de atribución subjetivos u objetivos
- Relación de causalidad y daño.

Para que un profesional realice un acto médico tiene que poseer la capacidad técnica para ejercerlo, es decir debe tener las aptitudes para poder aplicarlas en el momento y forma adecuada. Dentro de la jurisprudencia en la materia encontramos algunas que dan un marco adecuado sobre lo que se está exponiendo. Por ejemplo:

Según Pirota (2007) la responsabilidad médica está determinada

por las situaciones susceptibles de generar mala praxis:

1.- La falta de información clara para las prácticas elegidas, a través del consentimiento informado lo cual, se ha dicho, constituye un derecho del paciente a recibir información adecuada y un deber del médico de brindar con claridad dicha información. (Pirota, 2007)

2.- La prescripción imperita o errónea de medicación a pacientes alérgicos, sin informar los efectos colaterales o contraindicaciones, haciendo caso omiso a los prospectos de medicamentos donde se indican las acciones colaterales y las contraindicaciones. (Ídem, 2007)

3- Atender a pacientes cuya patología no era específica de su propia especialidad; en lugar de efectuar consultas cuando el problema médico supera los conocimientos o no derivar al paciente al profesional competente o a otro centro de salud cuando no se cuenta con la tecnología requerida para el tipo de práctica. (Ídem, 2007)

4.- No llevar a cabo los tres deberes de la atención médica; diagnóstico, tratamiento y cuidados posteriores, lo que redundaría en que no se lleve a cabo el seguimiento adecuado del paciente al que se ha operado. (Ídem, 2007)

5.- Errores que lleven a confundir pacientes, equivocando la patología y los órganos a operar, lo que suele ocurrir a veces con la sobrecarga de pacientes en los hospitales y la escasa cantidad de profesionales contratados. (Ídem, 2007)

6.- Utilizar un tratamiento no recomendado para la afección, influido por una publicidad engañosa: Existen casos en los que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil condenó a profesionales por los daños sufridos por una paciente a quien aplicó un tratamiento no recomendado para su afección. (Pirota, 2007).

Calvo Costa (2020), analiza que existen situaciones susceptibles de liberar de responsabilidad al médico:

Estas son:

1- La imposibilidad de cumplimiento

1.1. Importancia del instituto: La responsabilidad médica se torna inexistente cuando la prestación resulta imposible de ejecutar en razón del casus genérico del art. 1730 del Código Civil y Comercial dado que: *ad impossibilia nemo tenetur* (nadie está obligado a lo imposible). El art. 955, de dicho Código dispone: "La imposibilidad sobrevenida, objetiva, absoluta y definitiva de la prestación, producida por caso fortuito o fuerza mayor, extingue la obligación, sin responsabilidad, siempre que la imposibilidad sea producida por un caso fortuito o fuerza mayor y resulte totalmente ajena a la conducta del profesional". Sin embargo, es importante destacar que toda vez que la imposibilidad de cumplimiento resulta ser una consecuencia del caso fortuito, por lo cual el profesional deberá demostrar que ese hecho imprevisible, irresistible e inevitable le imposibilita cumplir con la prestación asumida. (Santoro, 1992:5)

1.2. Requisitos para que medie imposibilidad de cumplimiento como causa de extinción de las obligaciones: Que la prestación se haya tornado efectivamente imposible, en razón de una causa sobrevenida física (por ejemplo muerte del profesional) o jurídica (ej.: la prohibición legal de ejecutar una actividad en una zona determinada). Esa imposibilidad debe ser objetiva, absoluta y definitiva.

1.3. Ante el supuesto de imposibilidad sobrevenida por causas imputables al profesional no se lo liberará de responder por las consecuencias del incumplimiento. (art. 955, Cód. Cid. y Con). La imposibilidad temporaria no exonera profesional sino que establece una suspensión de los efectos de la relación jurídica durante el período en que persista dicha imposibilidad, pero, una vez que hecho que provocaba la imposibilidad temporaria desaparece, los efectos de las obligaciones asumidas se reanudarán automáticamente.

2- **El caso fortuito y la fuerza mayor:**

Ambos tienen incidencia en el ámbito contractual y extracontractual, como factores que interrumpen la causalidad; dado que el hecho que

provoca el daño se debe a factores totalmente extraños a la conducta de los sujetos intervinientes, lo cual imposibilita que pueda ser atribuido a sujeto alguno eximiendo de responsabilidad a quien pretende endilgarse el daño. (Macead, 1977). El actual Código Civil y Comercial establece en el art. 1730 que caso fortuito o fuerza mayor al hecho que no ha podido ser previsto o que, habiendo sido previsto, no ha podido ser evitado por lo que exime de responsabilidad, a las partes, se trata de un evento de carácter extraordinario, que escapa al control humano, razón por la cual el daño no puede ser imputado a nadie. Ejemplos de esto sería: incendio, huelga, atentado, accidente del profesional, etc.

3- Incumplimiento de la obligación recíproca:

Médico y paciente asumen obligaciones recíprocas como consecuencia del contrato de prestación de servicios médico- asistenciales. Pirata (2007) al respecto afirma que por ejemplo para que un diagnóstico resulte certero, además por supuesto de los estudios que debe indicar el médico, es necesario que el paciente preste su más amplia colaboración, sin reservas ni ocultamientos. La "anamnesis" en tanto el relato de la entrevista paciente-médico, debe ser completa y sin retaceos. Para ejemplificarlo refiere el caso de que el paciente oculte al médico alguna enfermedad padecida con anterioridad que pueda ser determinante saber de caras a una intervención quirúrgica o a la iniciación de un nuevo tratamiento.

El incumplimiento de las obligaciones recíprocas faculta a la contraparte para ejercitar la acción resolutoria, derecho que reconoce a cualquier obligado que cumpla o esté dispuesto a cumplir lo que le incumbe cuando la otra parte falta a su compromiso. La facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliera lo que le incumbe. (Pirata, 2007)

El alcance de los Factores de Atribución.

En la página de Aprender Derecho, el autor de la nota *Factores de Atribución objetivos de la responsabilidad civil* (S/a, 2020) en principio se destaca los factores de atribución subjetivos de responsabilidad civil tales como la culpa y el dolo, a eso se suma el Derecho de Daños el que admite la existencia de otros factores de imputación los que prescinden de toda idea de culpabilidad, siendo idóneos para determinar las responsabilidades tanto en el ámbito contractual como en el aquilino, entendido como la “Acción que pretende el resarcimiento del perjudicado por los daños causados por culpa o negligencia”. (Dpej. rae. es, 1994)

En la nota se define responsabilidad objetiva negativamente, dado que se la entiende como la que nace sin que medie culpa de aquel a quien se imputa el daño, cuestionando a la apreciación de que “no existe responsabilidad sin culpa” en función de que la responsabilidad civil comience a percibirse como: “la reacción frente al daño injusto, posicionando su mirada en la víctima. El fundamento de la responsabilidad civil es el daño de quien lo soporta”. Los factores de atribución objetivos se redefinen en tanto que así lo requieran las necesidades sociales. Los factores objetivos de atribución interpelan la conducta del llamado a resarcir el daño ofreciendo un número de elementos posibles, que se adaptan a posiciones más modernas correspondientes a las valoraciones sociales, económicas y políticas del momento histórico en que transcurren. (Vásquez, 1993)

El Artículo 1.722 del CCyCN define Factor objetivo como: “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.” (Infoleg, 2014)

Según Ubiría (2018) los esquemas objetivos se fueron imponiendo progresivamente lo que permite una mirada más realista del mundo, dando pie a una mirada más amplia reflejada en el nuevo Código. Es así como el Código contempla los criterios de atribución, en términos generales, en los arts. 1721/1725, los que precisan de manera conceptual y valorativa las conductas. Es así como el art. 1723 del Código Civil y Comercial, define

Responsabilidad objetiva de la siguiente manera: “ Cuando de las circunstancias de la obligación, o de lo convenido por las partes, surge que el deudor debe obtener un resultado determinado, su responsabilidad es objetiva”. A ello se le agrega el art. 775, por el que "el obligado a realizar un hecho debe cumplirlo en tiempo y modo acordes con la intención de las partes o con la índole de la obligación. Si lo hace de otra manera, la prestación se tiene por incumplida".

A partir de ello solo puede atribuirse responsabilidad objetiva a una persona en razón de los siguientes factores de atribución:

- Garantía
- Riesgo creado
- Equidad
- Abuso del derecho
- Exceso a la normal tolerancia entre vecinos
- Igualdad ante las cargas públicas
- Solidaridad

En los casos de responsabilidad objetiva, el demandado no podrá eximirse en función de una presunta ausencia de culpabilidad, dado que el reproche legal hacia él no es subjetivo. La prueba de la no culpa no lo liberará. Solo se podrá eximir acreditando una causa ajena que rompa el nexo causal, como ser:

- Hecho de la víctima
- Hecho de un tercero por quien no deba responder
- Caso fortuito o fuerza mayor (Ídem, 2020)

La Responsabilidad Médica en el Código Penal

El Código Penal prevé sanciones para el médico que incurra en un delito como consecuencia de su labor profesional en forma dolosa o culposa.

La industria del juicio ha tenido una amplia expansión y con ella la creación de la medicina defensiva en el accionar médico. Los cambios sufridos en el Código Civil y Comercial de la Nación han modificado una serie de aspectos en la responsabilidad médica, siendo el factor más importante la prescripción de las acciones legales.

Concepto de Responsabilidad Médica y Mala Praxis

Ruiz (2011:196) señala que: “(...)la responsabilidad es la asunción de los efectos jurídicos por una conducta impropia, que causa un detrimento patrimonial o extrapatrimonial pero económicamente apreciable a la víctima o sujeto pasivo de dicha alteración, con la consecuente obligación del victimario de resarcir tales perjuicios”.

Respecto a mala práctica médica Aguirre-Gas, et al (2010:459) expresan que: “Se puede definir al error médico como una conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto. Al presentar este concepto se introducen al análisis dos términos nuevos: decisión y criterio”. Así, mala praxis se diferencia de *lex artis*, porque en estas situaciones, el profesional omite el procedimiento establecido ya documentado y certificado, para demostrar lo que debe hacerse en la patología a tratar.

Una mala praxis es así, el ejercicio inadecuado de la práctica médica, “por incompetencia, impericia, negligencia o dolo (...)” (p. 459).

En la Revista Pensamiento Penal (2012) se considera que la mala praxis médica se relaciona a actos de omisión que comete el profesional médico, en las prestaciones a las que está obligado en su atención con el paciente, generando un evento dañoso.

El derecho penal se propone imponer una sanción por un perjuicio ocasionado, y el ámbito civil, persigue una reparación económica como consecuencia del efecto dañoso. La praxis médica está catalogada como culposo cuando se cometen sin intención de dañar y que se manifiestan por imprudencia, impericia, Inobservancia de los reglamentos y deberes a su

cargo o negligencia.

Impericia. Es la falta de conocimientos en determinado arte o profesión. En los casos que el profesional adopta una conducta terapéutica desusada, incurre en este supuesto.

Imprudencia: Es la conducta que lleva a no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada.

Negligencia: Es lo opuesto al sentido del deber. La obligación como médicos es llevar constancia escrita de los actos profesionales, la historia clínica, las fichas de consultorio, los libros de guardia, etc. La negligencia se expresa como historias clínicas vacías, incompletas, falta de actualización de tratamientos ausencia de evoluciones, etc.

Inobservancia de los reglamentos y deberes es el incumplimiento de las disposiciones que dan ordenamientos acerca del ejercicio de la actividad o profesión. (Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, S/f) Impericia, imprudencia o negligencia (Colegio de médicos de la Prov. De Bs. As, S/f)

Relación entre la acción Penal y Civil

El artículo 1.776 del Código Civil y Comercial establece que, habiendo condena penal, en sede civil no se puede impugnar la culpa del condenado. Esto significa que, si hubo condena en sede penal, determinando que un paciente murió por mala praxis, en sede civil el proceso por constituir delito conlleva a una reparación pecuniaria.

Sin embargo, la absolución del acusado en sede penal no hace cosa juzgada en sede civil (salvo por “ausencia de autora”), que puede condenar igualmente al pago de un resarcimiento (Art. 1.776 –citado- y 1.777 CCyCN).

Si hay una causa en sede penal y otra en sede civil, la sentencia en sede civil queda suspendida en espera de la resolución de la causa penal.

Análisis del articulado del Código Penal (CP)

A continuación, se analizarán los artículos de interés que se refieren a la responsabilidad médica y producción de lesiones, su denuncia y sus

tiempos de resolución.

Artículo 84 CP –Homicidio culposo-. Este artículo hace alusión al homicidio culposo, es decir aquel producido por negligencia, impericia e imprudencia de los actos por acción u omisión que componen la práctica médica.

Artículo 89 CP – Lesiones leves-. Las lesiones leves son consideradas delitos de instancia privada, por lo cual solo puede iniciar la denuncia el propio damnificado y no el médico. Estas curan e incapacitan para el trabajo en el lapso menor de un mes.

Artículo 90 CP–Lesiones graves- y Artículo 91 CP–Lesiones gravísimas-

El médico tiene la obligación de dar la intervención policial cuando se encuentre frente a un suceso donde existe la pérdida de un órgano, sentido o miembro o debilidad del mismo que haya puesto en peligro la vida del paciente. Son circunstancias de instancia pública ya que constituyen lesiones graves o gravísimas, debe asentar en la historia clínica tales lesiones, su ubicación corporal y la evolución cronológica que estas presentan a lo largo de la intervención. En este sentido se consideran que, cuando se trata de órganos pares, la expresión de órgano no debe ser referido al concepto anatómico, sino funcional, porque funcionalmente actúan en conjunto llevando a cabo una función plena, como sucede con los ojos, o la función renal. Por lo tanto, la pérdida de un solo riñón constituye un debilitamiento de la función renal, pero no su pérdida, quedando subsumido en el artículo 90 del Código Penal. En el caso de órganos impares la pérdida del mismo será considerada lesión gravísima porque se pierde la funcionalidad del órgano.

Artículo 92 CP –Agravantes- y Artículo 93 CP – Atenuantes-. Las circunstancias agravantes o atenuantes modifican las penas, para más o menos, las circunstancias agravantes mencionan la situación especial cuando el autor es un médico en su profesión. Las penas serán mayores con la muerte del paciente, en lugar de lesiones.

Artículo 94 CP –Lesiones culposas-. Este artículo condiciona el accionar médico como delito culposo, es decir, sin intención de dañar, en sus tres variantes: negligencia, impericia e imprudencia. Dicho artículo fue modificado en 1999 con una ley 25.189, en donde se actualizaron las penas y los montos De las multas además de la inhabilitación.

Artículo 106 CP –Abandono de persona- y **Artículo 108 CP – Omisión de auxilio-** En este caso el abandono de persona relaciona una situación de desamparo, que tiene como conducta típica en este código, el poner en peligro la vida o la salud de una persona relacionando a aquellos que deben guardar un deber de cuidado sea padres, tutores o médicos.

El termino de abandono vincula un hecho real y cuya consecuencia es no asumir el cuidado de un sujeto de forma intencional de modo que no estamos ante una conducta culposa (sin intención) sino por el contrario ante una acción dolosa, que pone en definitiva en peligro la vida o la salud del paciente. Por eso las penas son más graves en los hechos dolosos. La persona que sufre abandono por parte del médico, no lo padece en un medio hospitalario puesto que hay otros médicos que debieran asistirlo y tratarlo para evitar un daño en la salud o el riesgo de vida.

En la “omisión de auxilio”, se penaliza la falta de ayuda cuando es requerida; excepción de que quien vaya a prestar ayuda no lo haga porque existe un riesgo personal en cuyo caso quedará exento. El riesgo personal debe ser real, cierto y grave.

Análisis del problema

Wierzba (2015) confirma que, en la Argentina de las últimas décadas, los profesionales que han recibido el mayor número de reclamos vinculados con el ejercicio de su actividad son los médicos. Las causas de tal fenómeno obedecen a una multiplicidad de factores. Entre ellos, el hecho de asociarse su labor con la vida y la salud de las personas genera gran sensibilidad cuando los resultados obtenidos no son los esperados, aunque no siempre ello dependa —al menos en forma absoluta— de la pericia, prudencia y diligencia profesional.

El panorama de la segunda década del siglo XXI puso en evidencia un contexto en el que prima la ciencia y la tecnología estructurando las conductas, relaciones y características de la vida humana, en la que la medicina se ha especializado generando a una inusual expectativa en la lucha contra las enfermedades.

Además, se ha jerarquizado el Derecho a la salud, hallándose directamente comprometido el interés público en su protección. (arts. 42 y 43 CN, y tratados conf. art. 75 inc. 22 del CCyCN)

Es entonces que la responsabilidad del médico conlleva también la del nosocomio sea este público o privado, y que por lo tanto las demandas que puedan surgir de una mala praxis requieren de un activo importante que les permitiría resolver una condena eventual. (Ídem, 2015)

Es importante remarcar que cuando un médico se somete a un juicio penal por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los deberes a su cargo, ya sea que la consecuencia fueran lesiones o muerte, está inmerso en un procedimiento que en caso de sentencia condenatoria la pena privativa de libertad va asociada a la inhabilitación de la profesión de médica por el doble del tiempo de la condena. (Código Penal. Artículos Nº 89, 90, 91, 94 y 298).

Una vez analizada la base de datos se realizó una nueva agrupación

según el tipo de daño registrado o bien dependiendo del procedimiento más específico generador del daño.

Clasificación de las complicaciones

Emil Theodor Kocher (1841-1917) es conocido como el pionero en lo que se trata de la cirugía tiroidea, desde el momento en que fue nombrado como jefe de servicio de la Clínica Universitaria Quirúrgica de Berna, en 1872.

Los datos que aporta Pizarro (2013) señalan que, durante dos años realizó 9 enucleaciones de nódulos, 2 marsupializaciones de quistes y 2 tiroidectomías totales. Los resultados determinaron en 2 (16%) los pacientes fallecieron por infección (significativamente no hubo hemorragias).

En forma posterior, ahondó en investigaciones sobre cómo actuar con las arterias, y el aislamiento de los nervios laríngeos antes de la ablación de tiroides más profunda. En 1909 recibió el premio Nobel, en medio de palabras muy elogiosas: “En la cirugía de tiroides, Kocher ocupa una posición de liderazgo. Sólo hay que recordar que en la actualidad hay miles de pacientes que han recuperado su salud gracias a la intervención que les hizo. Un número aún mayor le debe indirectamente, el mismo reconocimiento”. (Karl Mörner, 1909)

Si bien la cirugía de la glándula tiroides posee una mortalidad muy baja (1%), sigue siendo un motivo de preocupación para el cirujano por el riesgo de complicaciones, que aunque sean poco frecuentes existen circunstancias que ponen a prueba al especialista más experimentado en este tipo de cirugía.

A continuación, se mencionan las complicaciones más frecuentes de la tiroidectomía y su incidencia según la bibliografía internacional. (Pérez, 2007)

Lesión recurrencial

La lesión del nervio laríngeo recurrente es una de las más

frecuentes, ya que aparece en la franja del 0 al 14% de las intervenciones. En el caso de una lesión unilateral se suele producir una parálisis de la cuerda vocal ipsilateral dejando como secuela una voz bitonal. En cambio la lesión bilateral lleva a la obstrucción de la vía respiratoria por parálisis de ambas cuerdas vocales por lo que obliga a, para asegurar una vía aérea permeable, la intubación o la traqueostomía. (Pérez, 2007)

Hipoparatiroidismo

Tras una tiroidectomía, la hipocalcemia por hipoparatiroidismo puede ocurrir de forma aguda y convertirse en una urgencia médica. "La hipocalcemia puede alterar las funciones neurológicas, cognitivas, musculares y cardíacas. La aparición de parestesias (alteraciones de la sensibilidad) en los labios o las yemas de los dedos y los espasmos musculares (tetania) en las manos y en los pies (espasmo carpopedal) deben alertar acerca de la existencia de unas cifras bajas de calcio en sangre", indica el doctor López. Si no se corrigen los niveles de calcio pueden aparecer fenómenos de broncoespasmo y laringoespasmo, convulsiones y alteración del nivel de conciencia. "Ante la sospecha clínica de un cuadro de hipocalcemia se debe instaurar tratamiento sin esperar la confirmación analítica", comenta. Las cifras de calcio no siempre se correlacionan con la intensidad de los síntomas. Para prevenir los problemas derivados de la cirugía de cáncer de tiroides, otorrinolaringólogos y endocrinos han establecido una serie de factores predictores, bioquímicos, quirúrgicos o asociados al paciente. "En este sentido es muy importante la experiencia del cirujano de cabeza y cuello en la práctica de tiroidectomías, pues se ha demostrado que la realización de unas 40-50 intervenciones anuales permite disminuir las tasas de hipoparatiroidismo permanente, así como otras complicaciones derivadas de este tipo de cirugía". (López, 2023).

La relación existente entre la cirugía tiroidea y la extensión de la resección quirúrgica se observa vinculada a la hipocalcemia y el hipoparatiroidismo postoperatorio. Al respecto, Pérez (2007) consigna que la tiroidectomía total puede llegar a tener una incidencia de

hipoparatiroidismo que exceda el 30%, en tanto que la tiroidectomía subtotal y la lobectomía más istmectomía en muy pocas ocasiones presentan estas complicaciones.

La hipocalcemia postoperatoria vinculada al hipoparatiroidismo es una complicación, recurrente, sobre todo cuando se trata de una tiroidectomía total. El hipoparatiroidismo definitivo (> 6 a 12 meses) deviene de la extirpación o desvascularización de todas las glándulas paratiroides variando entre 0,4 a 33% de las tiroidectomías totales. (Pérez, 2007)

Hematoma cervical post operatorio

Palestini (2005) ha analizado la incidencia de la hemorragia post tiroidectomía, determinando que se presenta en una franja que va desde el 0,4 al 4,3%, caracterizándola como una complicación severa con consecuencias tales como compresión de la tráquea, obstrucción aguda de la vía respiratoria y asfixia. Por ende, advierten que una hemorragia postoperatoria no advertida puede ocasionar la muerte a corto plazo.

Lesión del nervio laríngeo superior

Rosato (2004) considera que la lesión del nervio laríngeo superior es de las complicaciones menos estudiada y en muchos casos los problemas de aspiración a partir de la lesión de la rama interna, así como la laxitud de las cuerdas vocales por lesión de su rama externa equivocadamente se han relacionado con la iatrogenia del nervio laríngeo recurrente determinando que, por ende su incidencia está subdiagnosticada y no está clara dentro de las complicaciones de la tiroidectomía.

Seromas

También Rosato y colaboradores (2004) relacionaron el aumento de volumen fluctuante en la herida operatoria, en el cuarto a quinto día del postoperatorio, con la acumulación de suero o seroma del lecho operatorio. Poco frecuentes por el uso generalizado de drenajes, suelen reabsorberse espontáneamente. Los más grandes suelen eliminarse con punciones aspiratorias siendo su incidencia de entre el 2 y 8% de los casos.

Infección

La infección cervical post sucede en escasos casos, que rondan del 1 a 2% de los mismos. En esos casos, se manifiesta como celulitis (eritema) o como absceso. Cuando el absceso es superficial se observa sensibilidad del área operatoria y cuando es profundo suele acompañarse se fiebre, dolor y leucocitosis. En el primer caso se aconseja antibióticos contra gram-positivos. En cambio el absceso debe ser manejado mediante drenaje y uso de antibióticos de amplio espectro. (Rosato, 2004)

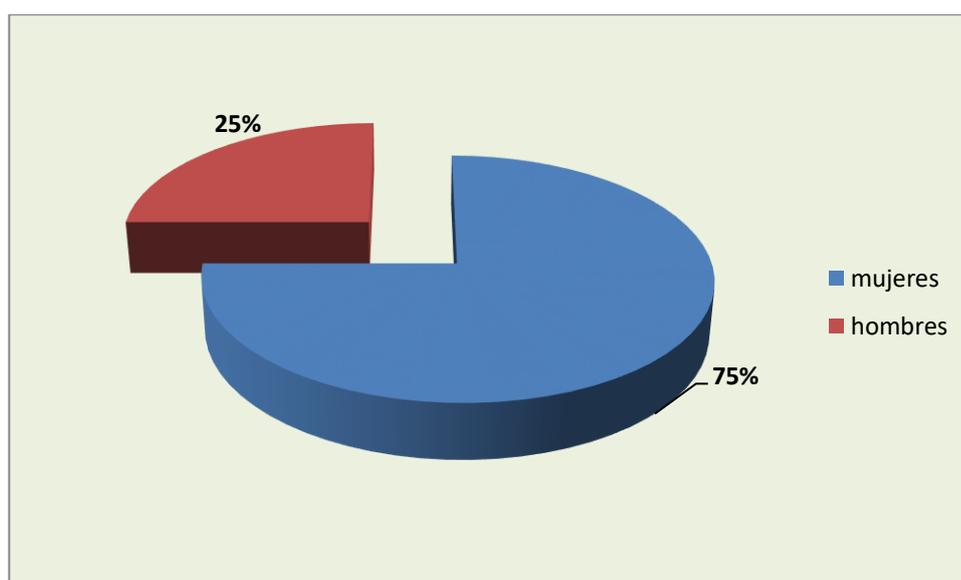
Complicaciones postoperatorias de la población estudiada

A partir del análisis de las HC se observó que en el período entre 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2023 se operaron un total de 175 pacientes de tiroidectomía.

El 75% de la población en estudio correspondió al sexo femenino, con una relación mujer-hombre de 3:1 (figura 3).

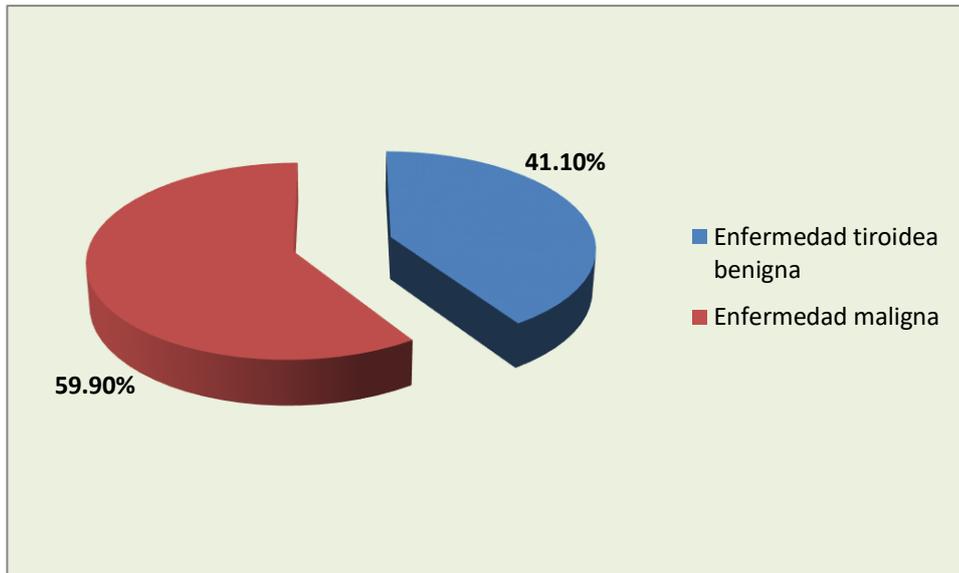
Población: 175 pacientes

FIGURA 3: RELACIÓN DE CIRUGÍAS EN HOMBRES Y MUJERES.



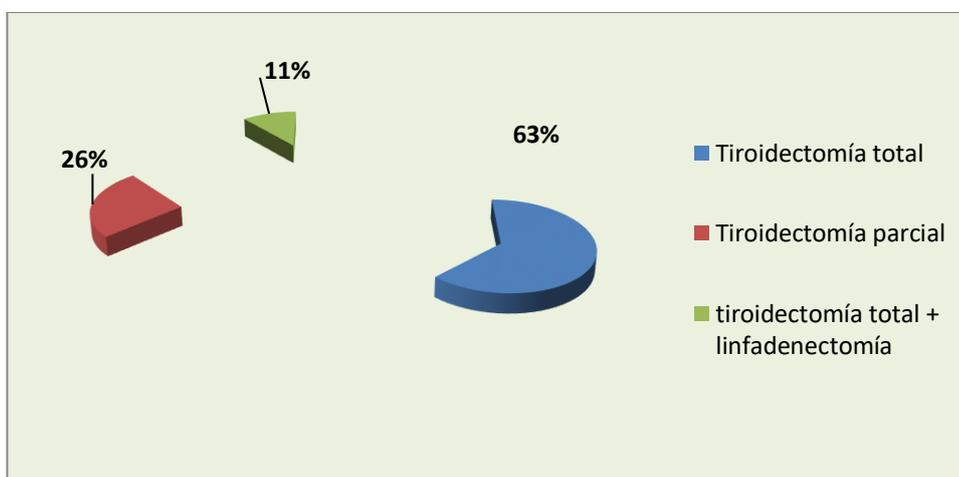
Del total de casos estudiados. La evaluación histológica después de la cirugía mostró enfermedad tiroidea benigna en 72 pacientes (41,1%) y enfermedad maligna en 103 (58,9%) tal como se observa en la figura 4.

FIGURA 4: HISTOLOGÍA DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS.



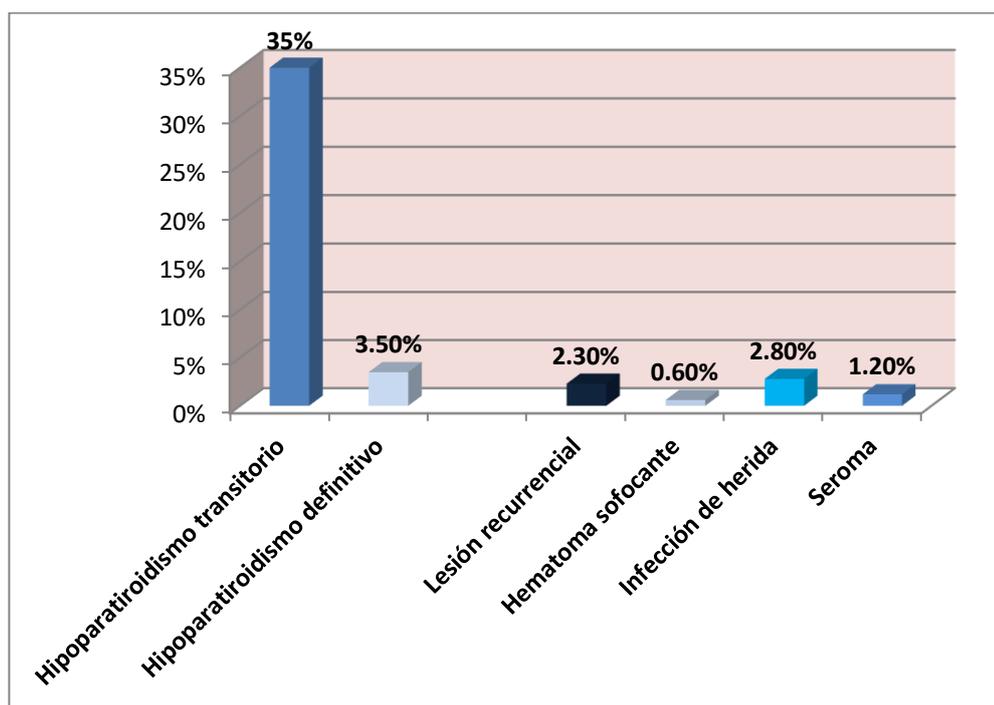
La tiroidectomía total fue realizada en 110 sujetos (63%), mientras que 45 fueron sometidos a tiroidectomía parcial (26%). Se realizó tiroidectomía total + linfadenectomía en el 11% de los casos (20 pacientes). No hubo mortalidad operatoria (figura 5).}

FIGURA 5: TIPOS DE CIRUGÍA



El porcentaje de hipoparatiroidismo transitorio fue de 35% y el definitivo de 3,5 %. La hipocalcemia fue 53% más alto en las mujeres comparado con los hombres y fue 43% más alto en pacientes con enfermedades malignas, comparados con aquellos con enfermedades benignas.

FIG 6: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS



Cuando se efectuó la linfadenectomía central, el riesgo de hipocalcemia fue 95% más alto que cuando no fue realizada.

El porcentaje de lesión recurrential transitoria fue de 2,3%. Nuevamente se observó una mayor incidencia en mujeres (73%) que en hombres (27%), en pacientes con enfermedad maligna (89%) en comparación con enfermedad benigna y en los pacientes en los que se realizó linfadenectomía central (95%) en comparación con los pacientes sin linfadenectomía.

Se presentaron 2 casos de seromas que se solucionaron con punciones evacuadoras. Un paciente presentó hematoma sofocante inmediato en sus primeras horas de internación post cirugía en Terapia

Intensiva que requirió la reintervención quirúrgica para su evacuación y solución del sangrado.

Cinco pacientes presentaron infecciones de herida quirúrgica dentro de la semana posterior a la cirugía que requirieron como tratamiento definitivo rotar el antibiótico inicial (figura 6).

Resultados de demandas judiciales civiles en hipoparatiroidismo definitivo

De la muestra en estudio, 5 casos correspondientes a hipoparatiroidismo definitivo realizaron presentaciones judiciales civiles, siendo condenatoria en 2, 1 caso de absolución y 2 casos pendiente de resolución. En relación a las complicaciones de parálisis recurrencial fueron 3 casos los que llegaron a elevación a juicio, siendo condenatorio en 1 de ellos y 2 continúan en proceso judicial a la espera de resolución. No hubo reclamo judicial por otro tipo de complicaciones post tiroidectomía (figura 7).

FIGURA 7: RESULTADOS DE DEMANDAS JUDICIALES CIVILES EN HIPOPARATIROIDISMO DEFINITIVO

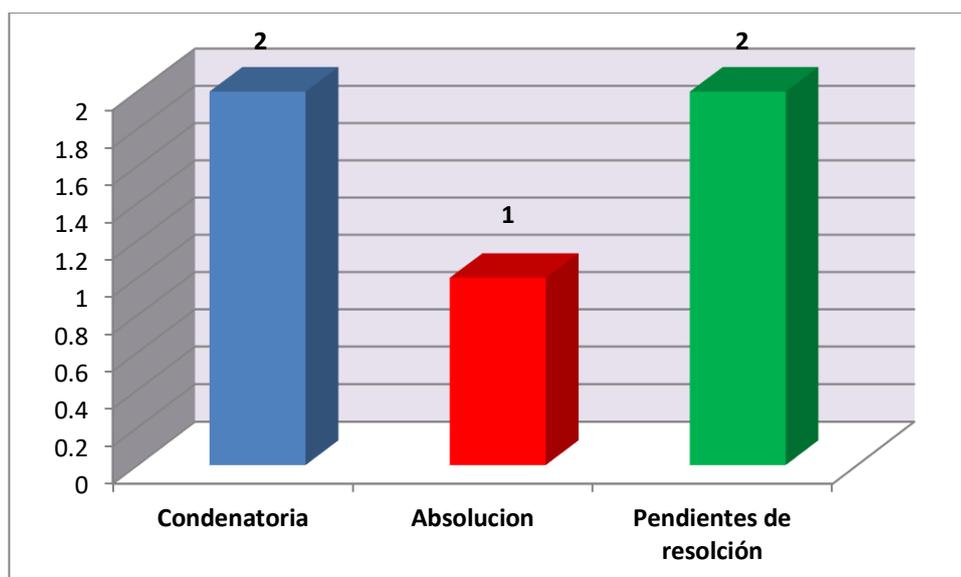
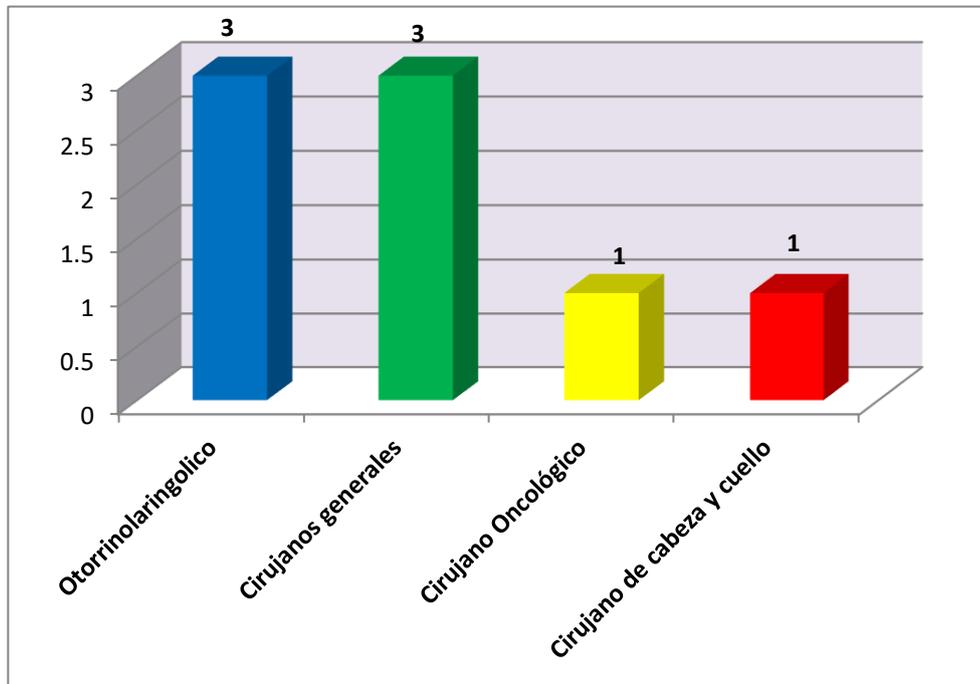


FIGURA N° 8: RECLAMOS JUDICIALES SEGÚN ESPECIALIDAD DEL CIRUJANO



Del total de casos que presentaron reclamos judiciales, 3 cirugías fueron realizadas por otorrinolaringólogos, 3 por cirujanos generales, 1 por cirujano oncológico y 1 por cirujano de cabeza y cuello (figura 8).

Sugerencias y propuestas del autor

Vera Carrasco (2016) considera que los riesgos inherentes al ejercicio de la medicina son importantes dado que incidentes y eventos negativos ocurren más allá de la experiencia y la eficiencia del profesional o la institución que lo albergue.

La principal dificultad que se enfrenta en el ejercicio de la profesión parte de, como se ha mencionado anteriormente, que se ponen en juego la vida y la integridad física del ser humano. A esto se suma que en el ejercicio de la Medicina el error no está sujeto al perdón, como en otros actos, ya que todo error médico atenta contra los derechos humanos fundamentales protegidos por la ley.

Como sujeto de responsabilidad jurídica, el médico debe cuidarse de no actuar con negligencia, impericia y/o imprudencia.

Si bien, como expresa el juramento hipocrático, el médico no está obligado a garantizar la curación del paciente, debe utilizar las técnicas adecuadas conforme al grado de evolución de la ciencia de aplicación. Para ello cuenta con guías o protocolos expedidos por las autoridades sanitarias que marcan los criterios que debe considerar en el ejercicio de su profesión con el propósito de no incurrir en una posible mala praxis médica.

Según Fuente del Campo (2018) existen diferentes tipos de errores atribuibles al médico que pueden devenir en demanda por mala praxis:

Errores de diagnóstico:

- Por equivocación o retardo.
- Por fallas en la indicación en pruebas y análisis correspondientes.
- Por error en la interpretación de las pruebas realizadas.

Errores terapéuticos:

- Cuidado inadecuado o no prescripto.

- Error en la administración de medicamentos o en sus dosis.
- Error o falta de seguimiento del tratamiento.
- Error quirúrgico, en un procedimiento o en una prueba.
- Retraso en el diagnóstico, tratamiento, o indicaciones ante pruebas anormales.

Errores preventivos:

- Error por no prescribir tratamiento profiláctico.
- Prescripción de profilaxis inadecuada.
- Discontinuo o inadecuado seguimiento del tratamiento.

Otros errores

- Fallas en el equipo.
- Fallas en la comunicación (indicaciones, anamnesis parcial o incompleta).
- Fallas en otros sistemas. (Fuente del Campo, 2018)

En los *Cuadernos de Medicina Forense*, Seoane (2020) describe las demandas legales más frecuentes que se hacen a los médicos en el ejercicio de su profesión, relacionándolas con tres tipos de factores

Factores predisponentes

- Número inadecuado (por exceso o defecto) de prácticas y análisis.
- Profesionales del derecho que proponen el litigio para su beneficio.
- Desconocimiento del profesional de las normas legales que se corresponden con su profesión, así como del contrato de prestación de servicio acordado con la parte empleadora.

Factores desencadenantes

- Acción permanente de una rama del derecho que ha hecho de su práctica una industria de juicio a los médicos.
- Juicios que devienen en reclamos por indemnizaciones muchas veces no justificadas.
- Jurisprudencia que avala sentencias condenatorias a médicos e instituciones de Salud, por sumas importantes.
- Imposición de la práctica para el demandante del “litigar sin costo”.

Prevención y profilaxis

- Relación empática médico paciente.
- Consentimiento informado sobre las prácticas a efectuar, escrito, firmado y explicado al paciente y familiares en un lenguaje sencillo.
- Intervención del Comité de ética de la Institución ante conductas médicas que pudiesen dañar al paciente.

La medicina defensiva

Esta nació a partir del fenómeno que se dio en llamar *Malpractice Crisis*, que ha determinado el incremento en el número de demandas. (Martínez León, 2009)

La Asociación Médica Mundial (AMM) al respecto informa que el incremento de la cultura del litigio ha afectado negativamente la práctica de la Medicina, así como a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, dificultando la distinción entre negligencia y resultados adversos inevitables. Esto ha contribuido a generar demandas indiscriminadas con la idea de obtener un resarcimiento económico. Esta práctica genera desconfianza tanto en los sistemas médico y legal, con graves consecuencias para la relación médico-paciente. (AMM, 2015). La AMM pide a las organizaciones profesionales de cada país, que soliciten a sus legisladores las reformas necesarias para garantizar que sus leyes protejan a los médicos de los juicios sin fundamento, facilitando una Medicina segura en beneficio de los pacientes. (Budetti, 2005)

Recomendaciones para evitar una demanda por mala praxis

Institucional

- ✓ Control de ingreso y egreso de pacientes.
- ✓ Adecuado funcionamiento de estadística y archivo.
- ✓ Asesoramiento médico-legal.
- ✓ Creación de comités éticos hospitalarios.
- ✓ Oferta de Capacitación profesional.
- ✓ Integración de departamentos diagnósticos y terapéuticos.
- ✓ Guías de atención médica.
- ✓ Visitas médicas o Pases de sala, ateneos o reuniones para análisis de casos clínico- quirúrgicos, docencia hospitalaria, etc.
- ✓ Mejorar del confort de los pacientes.
- ✓ Centralización de la información. (Vera Carrasco, 2016)

Profesionales médicos:

- ✓ Poseer la documentación Médica adecuada: Historia clínica completa y el Consentimiento Informado firmado.
- ✓ Generar una relación médico-paciente-familia empática: para que existan comunicación clara y mayor confianza.
- ✓ Utilizar guías de atención médica según patología o especialidad.
- ✓ Actualizarse de manera continua, introduciendo contenidos de Derechos Humanos, Bioética y Derecho Médico.
- ✓ Obtener el asesoramiento y evaluación permanente del Comité de Ética Hospitalaria.
- ✓ Tener un trato cordial y respetuoso hacia los pacientes y colegas.
(Vera Carrasco, 2016)

Ante factibles derivaciones

- ✓ Indicar el motivo de la derivación o referencia.
- ✓ Adjuntar Historia clínica.
- ✓ Incorporar el consentimiento informado de derivación o referencia.
- ✓ Garantizar la aceptación del centro asistencial.
- ✓ Describir el estado actual del paciente derivado.
- ✓ Efectuar el seguimiento posterior de la evolución clínica.(Vera Carrasco, 2016)

Daño Comiogénico:

Surgido por la atención deficiente de todo el equipo de salud, es el daño infringido al paciente ante los efectos negativos acaecidos durante el tratamiento por el que es ingresado a la institución médica. Una manera de prevención del daño comiogénico es la permanente actualización de todo el personal (sanitario, técnico y administrativo) propendiendo a garantizar un clima de trabajo equilibrado y amigable, en el que los profesionales sean bien remunerados conforme a sus capacidades y nivel de profesionalización. (Albújar Baca, 2010)

Prevención de la iatrogenia:

La iatrogenia es un fenómeno social de la clase médica y paramédica, en tanto daño no deseado producido por un medicamento, procedimiento médico o quirúrgico, pero que el médico administra o realiza con una indicación correcta y un criterio justo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades iatrogénicas pueden ser definidas como reacciones adversas a los fármacos o complicaciones inducidas por intervenciones médicas no farmacológicas. (Mahé, 2014)

Para reducirla al mínimo ineludible Vera Carrasco (2016) propone:

- ✓ Efectuar un protocolo de los procedimientos
- ✓ Evitar el sufrimiento del paciente.

- ✓ Propender a una actualización permanente del médico considerando que esto ofrece una mejor alternativa de tratamiento.
- ✓ Evitar la polifarmacia y prescribir la medicación indispensable.
- ✓ Respetar el principio de autonomía: el paciente informado es corresponsable de la decisión adoptada.

Consideraciones finales y conclusiones

Canónico en un estudio de 2023 informa que las demandas por mala praxis se incrementaron un 20% en cinco años. Al respecto informa que en su mayoría se centralizan en el AMBA, ya que el 80% se tramita en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires

Las estadísticas señalan que en el país, 1 de cada 4 médicos (el 25%) en el transcurso de su actuación profesional recibió alguna demanda por mala praxis. Además agrega que por año, se inician demandas por 1.000 millones de pesos contra las obras sociales, los seguros y el Estado.

Los datos orientan a una problemática relacionada con dos situaciones: el desmesurado aumento de los reclamos (mediaciones y juicios) y de sus montos (a partir de sentencias por mala praxis millonarias).

El artículo de Canónico informa que, el incremento en los últimos 5 años se sitúa en un 20%, que se distribuyen en un 80% en el fuero civil y 20% en el penal, mientras que los montos de las condenas aumentaron más del 500%.

La investigación se realizó a partir de datos obtenidos de la empresa Seguros Médicos, del Observatorio de la cátedra libre de Derecho y Salud y del Observatorio de Bioética y Toma de Decisiones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Claudia Segovia (2023) gerente general de Seguros Médicos, atribuye el incremento de las demandas a la posibilidad de litigar sin gastos por parte de pacientes insatisfechos de la atención médica obtenida lo que da pie a los juicios contra médicos a quienes le atribuyen toda la responsabilidad.

Ignacio Brusco (2023: S/p) decano de Medicina de la UBA comenta al respecto que “Ya existía una tendencia en aumento de este tipo de

reclamos en su mayoría, ocasionados por defectos estructurales del sistema de los cuales se suele responsabilizar al médico injustamente” y posteriormente indica que “tras el COVID, los médicos sufren en Tribunales otro tipo de reclamos que han intensificado las demandas”.

Francisco Pedrouzo, neumólogo del Hospital General de Agudos, José María Penna, dice que existe una industria de los juicios por supuesta mala praxis propiciada por abogados que buscan recovecos legales para iniciar una acción muchas veces carente de sustento y concluye que si bien la mala praxis está tipificada como negligencia, no siempre los procedimientos médicos están exentos de circunstancias ajenas.

Ricardo Solari, vicepresidente de la Asociación de Médicos Municipales recuerda que la medicina no es una ciencia exacta. La respuesta a un tratamiento nunca tiene un 100% de certeza.

Las demandas por cifras millonarias suelen exceder el límite de cobertura y no guardan relación lógica con los ingresos de los profesionales. Eso determina la posibilidad de poner en peligro al sistema de salud. “Muchas de las sentencias judiciales condenan al médico y a su aseguradora por encima del límite de cobertura, haciendo caso omiso a lo establecido en la Ley 17.418 el cual postula que ‘el asegurador responde sólo hasta el monto de la suma asegurado’” dice Segovia.

Y agrega “El cirujano está expuesto al riesgo de que el paciente lo demande por una cifra millonaria por considerar que hubo mala praxis cuando algo no le gustó. Hay profesionales que ya no quieren operar por obras sociales ni prepagas” concluye. (Segovia, 2023: 8)

El impacto en el sistema de salud se manifiesta en que esta problemática genera un perjuicio en el profesional de la salud que ve cuestionado su trabajo, su formación y hasta, en algunos casos, su vocación. Asimismo, puede conllevar desde el temor a los juicios y sanciones económicas, hasta el desprestigio de una institución médica o gubernamental. Por estos motivos, las fuentes consultadas coinciden en que es fundamental un abordaje urgente del tema en forma integral.

Ante las demandas, el profesional de la salud vive una situación de angustia que lo lleva, como se ha mencionado, a una medicina defensiva. Al estar inmersos en un juicio por supuesta mala praxis, algunos deciden abandonar la práctica médica hasta obtener una definición, postula Solari. Ante el temor de ser sometido a un juicio, el estrés que sufre el médico destruye la relación entre médico y paciente y disminuye su autoestima profesional”, suma Pedrouzo. (2023)

Desiderio (2022) entiende que el transitar ese periodo representa un cambio en la conducta del médico. Para defenderse muchas veces solicita estudios innecesarios que encarecen la medicina.

En función de prevenir posibles demandas la autoridad sanitaria debe ofrecer la garantía al profesional de que cuenta con las condiciones indispensables para su buen desempeño lo que implica que le provean los insumos requeridos, en un ámbito amigable, donde efectuar el acto médico en condiciones de calidad (Código de ética y Deontología del Colegio Médico de Bolivia).

Con respecto a la prevención de las complicaciones en la cirugía tiroidea, estará asegurada con la preparación pertinente del paciente y una técnica quirúrgica meticulosa y procedente que considere una estricta hemostasia que logre identificar y que manipule delicadamente los nervios recurrentes y preserve el mayor número posible de glándulas paratiroides. Los estrictos controles posoperatorios conducentes a detectar precozmente las complicaciones y el apropiado criterio para resolverlas oportunamente deberían minimizar la mayoría de sus deletéreas consecuencias. (Pérez, 2007)

Sabido es que, el médico no es un poseedor de atributos sobrenaturales destinados a la cura de los enfermos. Es un profesional que aporta sus conocimientos teórico-prácticos, capacidad técnica y experiencia procurando la curación o la mejora de las condiciones de vida del paciente.

Cuando se alude desde lo jurídico al tipo de relación contractual en

servicios profesionales se refiere en la mayor parte de los casos a un contrato de locación de servicios, que presupone un compromiso de medios, pero no de resultados, compromiso por el cual debe prestar cuidado comprometido y diligente conforme a los conocimientos vigentes de la ciencia, con el objetivo de lograr la curación (o aliviar las secuelas de la enfermedad) del paciente. (Vera Carrasco, 2015)

Conforme a lo investigado por Robert el porcentaje de complicaciones y de secuelas de una operación es directamente proporcional a la extensión de la cirugía e inversamente proporcional a la experiencia del equipo quirúrgico. Así pues, incluso en manos expertas, una tiroidectomía total con un vaciamiento ganglionar profiláctico puede provocar diversas complicaciones. (2023)

Atendiendo a que las circunstancias que pueden producir morbilidad y complicaciones de la cirugía tiroidea se relacionan con diferentes factores como ser la experiencia del cirujano, el tiempo que dura la intervención quirúrgica y la calidad y precisión de la técnica empleada, en el presente trabajo se ha considerado la necesidad de llevar a cabo un minucioso estudio preoperatorio que contenga las posibles situaciones de riesgo del paciente, a los que se suman los inherentes a la cirugía que se va a realizar.

También analizando los riesgos del paciente, se hizo hincapié en que este debe poseer una adecuada información, clara y precisa, que lo lleve a entender el consentimiento informado que debe solicitarse antes de cualquier práctica médica.

Para finalizar, se hace referencia a otro actor importante, tomando las palabras de Vera Carrasco quien explica que, de acuerdo con la Asamblea General de la AMM, efectuada en Pilanesberg, Sudáfrica, en octubre 2006, la autoridad sanitaria debe ofrecer la garantía de que el profesional cuenta con las condiciones indispensables para su buen desempeño, lo que implica que le provean los insumos requeridos, en un ámbito amigable, donde efectuar el acto médico en condiciones de calidad (Vera

Carrasco, 2013)

A fin de determinar las vicisitudes del planteo de reclamaciones en el ámbito nacional, se efectúa una comparación entre el Estado de Arte, su bibliografía científica y los resultados de la investigación del presente Trabajo Final.

Respecto a lo mencionado en el Estado del Arte, la mayoría de las tiroidectomías se realizaron en mujeres y las complicaciones más frecuentes se relacionaron con la extensión de la cirugía, la malignidad de la patología de base y la necesidad de realizar linfadenectomía central.

Todas las decisiones de conceder las reclamaciones estuvieron motivadas sobre la base de deficiencias en los registros médicos de los demandantes, particularmente en lo que respecta a las descripciones de los procedimientos quirúrgicos realizados y la falta o falla del consentimiento informado correctamente cumplimentado. (Vera Carrasco, 2016)

Los datos secundarios¹ evaluados coinciden en que la patología más denunciada era la lesión del nervio recurrente, seguida por el hipoparatiroidismo y la hemorragia posquirúrgicos: La diferencia con los datos primarios² obtenidos en el presente trabajo, es que el resultado de los principales reclamos se dio por mala praxis en hipoparatiroidismo en lugar de la lesión nerviosa.

Se presenta discrepancia con respecto a los resultados de reclamos legales por responsabilidad médica entre los diferentes trabajos presentados y esta presentación. Para Joshua Chao et al (2023) la gran mayoría de las demandas fueron ganadas por los cirujanos, contrariamente al estudio de Marrone et al, (2022) en la que las demandas fueron ganadas ampliamente por los demandantes. En el presente trabajo, si bien el número de casos de reclamaciones es escaso, se advierte una situación intermedia con respecto a los trabajos mencionados.

¹ Datos que se recogen utilizando fuentes ya disponibles de otras investigaciones. (Hernández Sampieri, 2014)

² Datos originales recogidos por primera vez por el investigador. (Ídem, 2014)

Existe un preconcepto sobre la especialidad de cirugía de cabeza y cuello dado que estos cirujanos incurrir en menos errores y negligencias que puedan generar demandas, en relación con los cirujanos generales, oncológicos y otorrinolaringólogos (Swonke, 2020), y esto es coincidente con la presente investigación.

Se hace evidente tanto en los autores analizados como en las conclusiones de este trabajo la necesidad de asesoramiento y apoyo a los cirujanos que enfrentan demandas, pero en especial se destaca en el presente que es necesario propiciar una actitud general de asesoramiento y prevención.

Como conclusión específica, se remarca que este trabajo partió de una mirada positiva respecto a considerar la profesión médica y evaluar el ejercicio de la misma, de manera ética y segura, sugiriendo una serie de recomendaciones que, de trascender, constituirían una herramienta de gran utilidad para los colegas. Por último se destaca la necesidad de los médicos de la incorporación permanente de conocimientos, de manera regular y periódica a través de los años, reafirmando los principios de la ética médica y la bioética al quehacer de la medicina en favor del paciente y del profesional mismo.

La presente ha sido esta una inmejorable oportunidad para incorporar conocimientos, nuevas herramientas (desde la disciplina del derecho) y reafirmar valores y principios éticos.

Bibliografía

Acta Médica. *Grupo Ángeles. Volumen 10*, No. 4, octubre-diciembre 2012, p- 224. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actamedica>

Asociación Médica Mundial; Declaración de Ginebra. Enmendada en Chicago. EEU. (2017) Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>

Batthyány, K. y Cabrera, M. (coordinadoras) (2020). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales Apuntes para un curso inicial*. Univ. Nac. La Plata.

Berman, M.; et. al Respond. *Am J Public Health; Volumen 100, Nro. 11*, pp .2013.

Bustamante Alsina, J., *Teoría general de la responsabilidad civil*, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003, 9ª ed., 1ª p. 307

Bruguera, M. et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Revista Clínica Española. Volumen 212*, Número 4, Abril 2012, Pp.198-205

Calvo Costa, C.A. (2021). *Responsabilidad Civil Médica* .La Ley/Abeledo Perrot

Castillero Mimenza, O. (2019). *Diferencias entre sobreseimiento y archivo*. Disponible en:

<https://psicologiaymente.com/miscelanea/diferencias-entre-sobreseimiento-y-archivo>

Cazeaux, P. Trigo Represas, F. A., *Derecho de las obligaciones*. Ed. Platense, La Plata, 1991, t. I, pp. 502-506.

Centty Villafuerte, Deymor B. (2006); *Manual metodológico para el investigador científico*; Biblioteca virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales; Facultad de Economía de la UNAS; eumet.net

Cesano, J.D. (2018) La Responsabilidad Penal Medica. Mala Praxis. Aspectos sustantivos y procesales. BdF.

Chao J.C, Kheng M, Manzella A, Beninato T, Laird AM. Malpractice litigation after thyroid surgery: What factors favor surgeons? *Surgery*. 2024 Jan; 175(1):90-98. Disponible en 10.1016/j.surg.2023.04.071. Epub 2023 Nov 18. PMID: 37985316.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y OMS.2002. *Pautas éticas internacionales*. Disponible en: <https://santafe.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/102/2016/06/PAUTAS-%C3%89TICAS-INTERNACIONALES-CIOMS.pdf>

Depj. rae. es, (1994).

Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/acci%C3%B3n-aquiliana>

Diccionario del Instituto Nacional del cáncer de los Estados Unidos. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cáncer/de/complicación>

Fluss, Sev S. (July 24, 2001). *The World Medical Association's Declaration of Helsinki: Historical and contemporary perspectives. 5th draft*. World Medical Association.

Gisbert Grifo MS, Fiori A. Responsabilidad médica. En: Villanueva E, editor. Gisbert Calabuig.

González Zavala, R. Responsabilidad civil por no informar riesgos quirúrgicos. En *Universidad Nacional de Córdoba Vol. 1 N°1/2023*.

Gorini, E.; Dell'Erba, A.; Pomara, C. Healthcare Liability and Thyroidectomy: When Is the Surgeon Wrong? *Healthcare* 2023, 11, 577.

Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista L., (2014), *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, Sexta edición.

Iglesias, J. Derecho romano. Instituciones de derecho privado. 7a.

ed. Barcelona, Ariel, 1984, pp. 383-384

Jacovella, P.F (2022). Responsabilidad civil y penal del médico cirujano. Ed. Hammurabi.

Joshua Chao et al (2023) Litigio por mala praxis tras cirugía de tiroides: ¿Qué factores favorecen a los cirujanos? *Cirugía*. 2024 enero;175(1):90-98. Publicación electrónica del 18 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37985316/>

Law & Trends. (2024). *Qué es un acuerdo extrajudicial?*. Disponible en: <https://www.lawandtrends.com/noticias/mercantil/que-es-un-acuerdo-extrajudicial-1.html#gsc.tab=0>

León Correa, Francisco (2015). *Bioética, deliberación y Salud Pública Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética*. Ed. FELAIBE

López Miró (2023), *Responsabilidad Médica*. Ed. Praxis jurídica.

López Mesa, M; Trigo Represas, F.(2006) *.Tratado de la Responsabilidad Civil. Cuantificación del daño*. La Ley.

Navarro, D. (2022) *la Responsabilidad médica en psiquiatría*. Editorial BdeF.

Marrone, M Et al, Healthcare Liability and Thyroidectomy: When Is the Surgeon Wrong?. *Lex Artis. AFD, 2022 (XXXVIII)*. Universidad de La Coruña.

Marrone, M.; et al. (2023). Healthcare Liability and Thyroidectomy: When Is the Surgeon Wrong?. *Healthcare*. 11. 577. 10.3390/healthcare11040577.

Mazeaud, H, Mazeaud, L.,Tunc, A. *Tratado teórico práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual*, Edic. Jurídicas Europa-América, Bs. As., 1977, t. II, vol. II, p. 148.

Medalló-Muñiz, J, Pujol-Robinat, A.; Arimany-Manso, J.; (2006). Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Medicina Clínica*. Cap. 126; pp. 152-156.

Nash, L.M.; Walton, M.M.; Daly, M. G.; Kelly, P. J.; Walter, G.;

van Ekert, E. H.; Willcock, S. M. and Tennant, C. C.; (2010). Perceived practice change in Australian doctors as a result of medic legal concerns. *Med J Aust*, 193 (10): pp. 579-583.

OMS (FCI-OMS). Dr. Roberto A. Becker. Disponible en : <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/912-secuela-de-%B3stico%2C%20adem%C3%A1s%20del%20t%C3%A9rmino%20secuela>.

OMS. S/f. *Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) "Dr. Roberto A. Becker"*. Codificación CIE-10. Disponible en: <https://www.paho.org/relacsis/index.php/en/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms#gsc.tab=0>

Patitó, J. Á.; (2000) *Medicina legal*, Buenos Aires, Argentina. Ediciones Centro Norte; pp. 33.

Picasso, S.; Sáenz, L.R. (2019). *Tratado de derecho de daños*. La Ley, p. 368.

Pirota, M. (2007) *Responsabilidad médica: situaciones susceptibles de generar mala praxis y de liberar de responsabilidad. Análisis de casos paradigmáticos*. Sistema Argentino de Información Jurídica. Disponible en: http://www.saij.gov.ar/doctrina/dacf090024-pirota-responsabilidad_medica_situaciones_susceptibles.htm

Potter, V. R. (1971). *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, nj, Prentice-Hall Pub.

Reich, Warren T.(1995). *Enciclopedia de Bioética*. Ed. Cengage Gale.

Rosanía , G. S/F. *La ejecución de la sentencia penal condenatoria* .Ed. Tirant. Disponible en: <https://editorial.tirant.com/co/ebook/la-ejecucion-de-la-sentencia-penal>.

Rueda, A.F. (2019) *Nociones Básicas Sobre Responsabilidad Médica* . Editorial DYD.

S/a (2020). *Aprender Derecho*. Disponible en:

<https://aprenderderecho.org/2020/07/14/factores-de-atribucion-objetivos-de-la-responsabilidad-civil/>

Saco, P.A. et al. *El cáncer diferenciado de tiroides*. *Rev Argent Cirug* 2019;111(1):5-14

Sancho Fornos, S. et al. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *CIRUGÍA ESPAÑOLA*. Vol. 69, Marzo 2001, Número 3.

Santoro, G. (1992), *La responsabilità contrattuale*, Cedam, Padova, pp. 5 y ss

Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. Valparaíso

Surgeon Wrong? *Healthcare* 2023, 11, 577. Disponible en: <https://www.mdpi.com/journal/healthcare>

Swonke M.L., Shakibai N., Chaaban M.R. Medical Malpractice Trends in Thyroidectomies among General Surgeons and Otolaryngologists. *OTO Open*. 2020 May 13;4(2):2473974X20921141. Disponible en: 10.1177/2473974X20921141. PMID: 32435722; PMCID: PMC7223205.

Quintana, L.;Hermida, J.; (2019). *La hermenéutica como método de interpretación de textos en la investigación psicoanalítica*, Universidad Nacional de Mar del Plata, Disponible en : [https://www.redalyc.org/journal/4835/483568603007/html/#:~:text=La%20hermen%C3%A9utica%20ofrece%20una%20alternativa,del%20mismo%20\(c%C3%ADrculo%20hermen%C3%A9utico\).](https://www.redalyc.org/journal/4835/483568603007/html/#:~:text=La%20hermen%C3%A9utica%20ofrece%20una%20alternativa,del%20mismo%20(c%C3%ADrculo%20hermen%C3%A9utico).)

Vargas Blasco, C. (2016) *Responsabilidad profesional médica*. Programa de Doctorat de la Facultat de Medicina Universitat de Barcelona.

Varguillas Carmona, C. et al. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, vol. 13, núm. 23, 2007, pp. 249-262 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102313>

Vera Carrasco, O. (2016). Cómo prevenir presuntas demandas de mala praxis médica. *Rev. Méd. La Paz*, 22 N° 2, La Paz. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-

Verde, C., D. (2017). Deontología profesional: La ética denostada. . *Cuadernos De Trabajo Social*, 30.

Walter, R (1983). La realización de estudios de caso. Ética, teoría y procedimientos. En W.B. Dockrell y D. Hamilton. (Eds.) .Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa. Madrid. Narcea.

Wierzba, S. Responsabilidad Médica en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación . *Revista de Responsabilidad Civil y Seguros-La Ley Año XVII-Número 9-Septiembre 2015*, pp 5 a 25.

Zavala, M., *Resarcimiento de daños*, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 1999, t. 4, pp. 300 y ss.