



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Maestría en Ciencias Criminológico-Forenses

Tesis

**Mala praxis médica en el ámbito judicial. Departamento
Judicial Lomas de Zamora. 2013 – 2018.**

Maestrando: Valeria Andrea Vázquez Taboada

Tutor: Torre Raúl Osvaldo

Año: 2019

Dedicatoria:

Ésta tesis está dedicada a mis padres que me inculcaron desde chica el interés por el estudio y no dejaron que las dificultades fueran consideraras como excusa para el abandono.

Agradecimientos:

Agradezco a mi tutor Raúl Osvaldo Torre por la paciencia infinita y dedicación afectuosa en su ayuda y aporte.

A mi padre, por todo el apoyo que siempre tiene para mí.

“Sapiens nihil affirmat quod non probet”.

Anónimo.

Resumen

El objetivo de la tesis fue el de determinar los principales temas de denuncia de mala praxis médica en el Departamento Judicial de Lomas de Zamora, entre los años 2013 a 2018, caracterizando las instituciones denunciadas por ese motivo, determinando el tipo de denuncia, delimitando por especialidad médica denunciada y caracterizando al denunciante de mala praxis de acuerdo a la edad y sexo.

Con este propósito se hizo un estudio descriptivo, analizando las siguientes variables: caracterización de la denuncia de mala praxis médica, considerando como sub variables al tipo de denuncia, las características de la víctima de la denuncia según edad y sexo, las características demográficas de la denuncia, el tipo de institución (pública o privada) y las especialidades médicas.

A través del análisis de los resultados obtenidos, se pudo visualizar que de los tres tipos de denuncias presentadas en el contexto de la mala praxis médica, las caratuladas como “Homicidio culposo” fueron predominantes, siguiéndolas en orden de precedencia las denuncias por “Averiguación de causales de muerte” y “Lesiones culposas”.

Deteniéndonos específicamente en las denuncias caratuladas como “Homicidio culposo”, se pudo apreciar que fue la especialidad de Clínica Médica o Medicina Interna la que registró el mayor número de denuncias, llamando la atención que también fue la que registró el mayor número de denuncias con la carátula de “Averiguación de causales de muerte”.

También se pudo apreciar que en esta misma especialidad y respecto de los casos caratulados “Homicidio culposo”, las denuncias predominan sobre personas del sexo masculino, siendo mayoritarias, dentro de la carátula antes nombrada, las de sexo femenino en el Servicio de Cirugía.

Evaluando los grupos etarios, respecto del Servicio de Clínica Médica o Medicina Interna, con denuncias caratuladas como “Homicidio culposo”, fue evidente que el más alto índice estuvo dado para el rango de personas adultas.

Finalmente, frente a la evaluación de casos presentes de causas caratuladas “Homicidio culposo” respecto del Servicio de Clínica Médica o Medicina Interna, el mayor número se presentó en las instituciones de carácter público, en comparación con las privadas, siendo también este el predominio respecto de los Servicios de Medicina Intensiva o Terapia Intensiva.

Dados los cambios de paradigmas actuales respecto de la tecnificación de la medicina y de la nueva función del médico, ya no como eje central en el accionar y aplicación de su saber en el arte de curar, sino como mero técnico implementador de novedosas y más específicas técnicas de diagnóstico, hemos podido apreciar como la tecnificación obligó al médico a un nuevo tipo de aprendizaje, alejado y distinto del tradicional, en el que todos estos nuevos medios de diagnóstico y el tratamiento han adquirido una trascendencia tal para el paciente y sus familiares que, en cierta forma, despojaron al médico de su papel central en la atención y lo desplazaron hacia el papel de interpretador de datos y otorgador de un tratamiento del que se esperan resultados con certeza matemática, sin posibilidad de variación biológica, como es lo que realmente pasa con cada tratamiento y en cada paciente en particular.

Summary

The objective of this thesis was to determine the main topics of complaint of medical malpractice in the Judicial Department of Lomas de Zamora, between the years 2013 and 2018, characterizing the institutions denounced for that reason, determining the type of complaint, delimiting by medical speciality reported and characterizing the complainant of malpractice according to age and sex.

With this purpose, a descriptive study was made, analysing the following variables: characterization of the medical malpractice complaint, considering as sub variables the type of complaint, the characteristics of the victim of the complaint according to age and sex, the demographic characteristics of the complaint, the type of institution (public or private) and medical specialities.

Through the analysis of the obtained results, it was possible to visualize that of the three types of complaints presented in the context of medical malpractice, those classified as "Culpable homicide" were predominant, following in order of precedence the complaints by "Inquiry into causes of death "and" Culpable injuries ".

Focusing specifically on the denunciations labelled as "Culpable homicide", it could be seen that it was the speciality of Medical Clinic or Internal Medicine that registered the highest number of complaints, drawing the attention that it was also the one that registered the highest number of complaints with the cover of "Investigation of causes of death".

It was also noted that in this same speciality and regarding the cases entitled " Culpable homicide", the complaints predominate over people of the male sex, being majority, within the cover mentioned above, those of female sex in the Surgery Service.

Evaluating the age groups, with regard to the Medical Clinic Service or Internal Medicine, with complaints classified as "Culpable Homicide", it was evident that the highest index was given to the range of adults.

Finally, in the face of the evaluation of present cases of causes entitled " Culpable homicide" with respect to the Medical Clinic or Internal Medicine Service, the greatest number was presented in public institutions, in comparison with the private ones, these being also the predominance of the Intensive Care or Intensive Care Services.

Given the changes of current paradigms regarding the technification of medicine and the new role of the doctor, no longer as a central axis in the action and application of their knowledge in the art of healing, but as a mere technical implementer of novel and more specific diagnostic techniques, we have seen how technification forced the doctor to a new type of learning, remote and different from the traditional one, in which all these new means of diagnosis and treatment have acquired such importance for the patient and their families that , in a certain way, deprived the doctor of their central role in the attention and displaced him to the role of data interpreter and provider of a treatment from which results are expected with mathematical certainty, without the possibility of biological variation, as it really happens with each treatment and in each patient in particular.

Índice general

Introducción	10
Objetivos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivo Específico	17
Marco Teórico	18
3.1 Marco Histórico:	18
3.1.1 Marco Histórico General:.....	18
3.1.2 Marco Histórico y Legal:	20
3.1.3 Marco Histórico y Ejercicio Profesional:	24
3.1.4 Marco Histórico, Ética y Responsabilidad Médica:	27
3.1.5 Marco Histórico y Derechos Humanos:	33
3.2.1 Marco Legal. Generalidades:	37
3.2.2 Marco Legal y Derechos personalísimos:	40
3.2.4 Marco Legal y ámbitos del Derecho:	46
3.2.5 Marco Legal y Responsabilidad Profesional:	47
3.2.6 Marco Legal y Culpa:.....	56
3.2.7 Marco Legal y Daño:	61
3.2.8 Marco Legal y Lex Artis:	73
3.3. Bioética:	75
3.4. Derechos del paciente:	78
3.4 Deontología Médica:	80
4. Método /Procedimiento	88
4.1 Variables:	88
4.1.1 Sub variables.....	88
4.1.2 Indicadores	88
4.2 Técnicas e instrumentos	888
4.3 Tipo de estudio	888
5. Análisis de Resultados	89
6. Conclusiones.....	106
7. Referencias	112

Introducción

Buenos Aires es una de las veintitrés provincias que componen la República Argentina, siendo su superficie de 307.571 km² y teniendo como capital a la ciudad de La Plata.

Según información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC), a 2017 esta provincia cuenta con 16.660 habitantes, lo que supone casi un 40 % de la población total del país, por lo que se la considera como la más poblada de la República Argentina.

Dentro de la provincia de Buenos Aires, se encuentra la delimitación del Conurbano Bonaerense, también llamado por el INDEC como “los Partidos del Gran Buenos Aires”, siendo un grupo integrado históricamente por veinticuatro municipios que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.), dentro del cual se distinguen, a su vez, dos subgrupos: uno compuesto por catorce Partidos completamente urbanizados (Avellaneda, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Morón, Quilmes, San Isidro, San Miguel, Tres de Febrero y Vicente López), y el otro, por diez Partidos parcialmente urbanizados, con continuidad urbana con Buenos Aires desde mitad del siglo XX (Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre).

Así definido, dentro del Conurbano Bonaerense, habitualmente se distinguen, también, los cordones o coronas, que consisten en una serie de anillos sucesivos ubicados según su proximidad, alrededor de la C.A.B.A.

Ésta clasificación supone una cierta homogeneidad para cada uno de ellos, resultando de los distintos momentos en que se fueron desarrollando y a medida que se extendía el conglomerado urbano, sus condiciones habitacionales, la infraestructura presente y la densidad de población, excluyéndose de éstos a los Partidos pertenecientes al cordón denominado Gran La Plata.

El primer cordón o corona está compuesto por los Partidos municipales de Avellaneda, Lanús,

Lomas de Zamora, La Matanza (región este), Morón, Tres de Febrero, San Martín, Vicente López y San Isidro.

El segundo cordón está integrado por Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Moreno, Merlo, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza (parte oeste), Tigre, San Fernando, José C. Paz, San Miguel y Malvinas Argentinas.

Forman el tercer cordón las localidades de San Vicente, Presidente Perón, Marcos Paz, General Rodríguez, Escobar y Pilar.

También suele dividirse al Conurbano Bonaerense en tres zonas geográficas denominadas norte, sur y oeste.

Dentro de cada Partido municipal se encuentran instalados centros de atención primaria de salud (Salas de primeros auxilios y Unidades de primeros auxilios), Hospitales Interzonales, Hospitales Generales de Agudos, más clínicas y sanatorios privados, los que se funcionalmente se agrupan en zonas o Regiones sanitarias que van desde la I a la XII.

La Región sanitaria I está compuesta por el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”, ubicado en Bahía Blanca.

La Región sanitaria II, por el Hospital General de Agudos “Julio de Vedia”, en el Municipio de 9 de Julio.

La Región Sanitaria III, en Junín, está conformada por el Hospital General de Agudos “Abraham Piñeyro”.

La Región Sanitaria IV, que abarca los municipios de Pergamino, San Nicolás y Carmen de Areco, cuenta con los Hospitales Interzonales Generales de Agudos “San José” y “San Felipe” y con el Hospital Local General “Nuestra Señora del Carmen”.

La Región Sanitaria V tiene el Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón”, en General San Martín; el Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Eril”, en Escobar; el Hospital

Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”, en Villa Zagala, Partido de General San Martín; el Hospital Zonal de Agudos “Gdor. Domingo Mercante”, en la zona de José C. Paz; el Hospital Zonal General de Agudos “Petrona V. de Cordero”, en San Fernando; el Hospital Zonal General de Agudos “Magdalena Villegas de Martínez”, en General Pacheco, Partido de Tigre; el Hospital Zonal de Tórax “Dr. Antonio Cetrángolo”, en Vicente López; el Hospital Zonal General de Agudos descentralizado “Virgen del Carmen”, en Zárate, y el Hospital Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia “Dr. Juan U. Carrea”, en Olivos, Partido de Vicente López.

La Región Sanitaria VI cuenta con los Hospitales Interzonales de Agudos “Dr. Pedro Fiorito”, en Avellaneda; “Presidente Perón”, en Sarandí; “Evita”, en Lanús; “Luisa Cravena de Gandulfo”, en Lomas de Zamora, “Dr. Narciso López”, en Lanús. También cuenta con los Hospitales Zonales Generales “Dr. Lucio Meléndez”, en Almirante Brown; “Dr. Arturo Oñativia”, en Rafael Calzada; Hospital Descentralizado “Evita Pueblo”, en Berazategui; “Madre Teresa de Calcuta”, en Ezeiza; “Mi Pueblo”, en Florencio Varela; y “Dr. Isidoro Iriarte”, en Quilmes.

Ésta Región sanitaria también tiene el Hospital Interzonal “José A. Estévez”, neuropsiquiátrico, en Lomas de Zamora; el Hospital Materno Infantil “Ana Goitia”, en Avellaneda; el Hospital Zonal Especializado en Oncología, en Lanús; el Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo”, en Lanús; y el Hospital de Alta Complejidad “El Cruce”, en Florencio Varela.

La Región Sanitaria VII presenta tres Hospitales Zonales Generales de Agudos, dos situados en Tres de Febrero (los Hospitales “Dr. C.A. Bocalandro” y “Dr. R. Carrillo”) y uno en General Rodríguez (el Hospital V. López y Planes”). También cuenta con el Hospital Zonal General de Agudos “Héroes de Malvinas”, en Merlo, y el Hospital Descentralizado Zonal General “Mariano y Luciano Vega”, en Moreno.

La Región Sanitaria VIII cuenta con el Hospital Interzonal Especialización Neuropsiquiátrico “Colonia Dr. Domingo Cabred”, en Lujan; el Hospital Interzonal General de Agudos “Profesor Dr. Luis Güemes”, en Morón; el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Allende”, en General

Pueyrredón; el Hospital Local “Casa del Niño”, en Mar del Plata; el Centro Regional de Hemoterapia, en General Pueyrredón; el Hospital Subzonal Especializado Neurológico “Dr. Domingo J. Taraborelli” y el Servicio Neumotisiología, en Tandil.

La Región Sanitaria IX tiene el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego”, en Azul; el Hospital Zonal General de Las Flores; el Hospital Zonal Especializado de Oncología “Luciano Fortabat”, en Olavarría; el Centro de Hemoterapia de Olavarría y el Hospital Geriátrico para Crónicos “Cardenal Eduardo F. Pironio”, en Rauch.

La Región Sanitaria X, compuesta por los Partidos de Lobos, Mercedes y Saladillo, cuenta con el Hospital Zonal General de Agudos de Lobos, el Hospital Zonal General de Agudos “Blas Dubarry” y el Hospital Zonal General “Dr. Posadas”.

La Región Sanitaria XI tiene el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica”, el Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín”, el Hospital Interzonal General de Agudos “Profesor Dr. Rodolfo Rossi”, el Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos “San Juan de Dios”, el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, el Hospital Zonal Especializado “Reencuentro”, el Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”, el Hospital Zonal General de Agudos “San Roque”, el Hospital Subzonal Especializado “Elina de la Serna de Montes”, el Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”, el Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. Adolfo M. Bollini”, el Hospital Subzonal Especializado “Dr. Ramos Mejía”, el Hospital Local Especializado “A” “San Lucas”, y el Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros”, ubicados todos ellos en La Plata.

Esta Región Sanitaria XI, cuenta, además, con el Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Mario V. Larrain”, en Berisso; los Hospitales Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino” y Zonal Especializado en Crónicos “El Dique”, en Ensenada; el Hospital Subzonal Especializado “Dr. Dardo Rocha”, en Cañuelas; el Hospital “Zenón Videla Dorna”, en Monte; y el Hospital Zonal General de Agudos “Dra. Cecilia Grierson”, en Presidente Perón.

Por último, la Región Sanitaria XII, cuenta con el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Paroissien” y el Hospital Zonal General de Agudos Km 32 González Catán, llamado “Simplemente Evita”, ambos en La Matanza.

En este trabajo no se han incluido a los Hospitales Nacionales, Salas de Primeros Auxilios ni Unidades de Primera Asistencia que forman parte, también, del gran entramado de centros de atención y derivación.

A su vez, la provincia de Buenos Aires está dividida en dieciocho Departamentos Judiciales, comprendiendo, cada uno de ellos, a varios Partidos Municipales. En el caso del Departamento Judicial de Lomas de Zamora, abarca el territorio de los Partidos de Almirante Brown, Avellaneda, Esteban Echeverría, Ezeiza, Lanús y Lomas de Zamora, con un total de 2.549.091 habitantes, según registros del INDEC del año 2010.

Por lo antes expuesto, en este Departamento Judicial de Lomas de Zamora, se reciben y tramitan todas las causas de Homicidios Culposos, Lesiones Culposas o Averiguaciones de causales de muerte, caratuladas como de Mala praxis, que se producen en la Región Sanitaria VI, incluidas las de las Salas de Primeros Auxilios, Unidades de Primera Atención (UPA), Hospitales, Clínicas y Sanatorios Privados.

Dado el gran caudal de causas de este tipo, allegadas al Departamento Judicial de Lomas de Zamora, y teniendo en cuenta que en la actividad médica se trabaja sobre el bien más preciado de la persona (su vida y su salud), surge la pregunta sobre cuál es el accionar médico que genera tanto malestar, atento a que en ese accionar se intenta tratar patologías para beneficio de las personas, aunque muchas veces, en ese intento, se deba provocar una lesión que puede ser entendida como un resultado no favorable.

Muchas veces, frente a un resultado negativo, como, por ejemplo, la muerte, en los familiares del paciente se produce reacciones de ira, frustración e impotencia, que, normalmente, se dirigen

contra el o los profesionales de la salud actuantes. En la práctica médica se trabaja sobre el bien más preciado de las personas que es la vida y su cuerpo. Frente al accionar médico en el intento de tratar patologías puede ser necesario provocar lesiones para mejorar la salud, pero el paciente, en ocasiones, no obtiene el resultado favorable esperado.

La medicina tradicional tiene obligación de medios, es decir que el médico deberá de aplicar todos los recursos a su alcance con el fin de proveer la mejor atención a su paciente, no teniendo obligación de resultados (a excepción de cirujanos plásticos y anatómopatólogos).

Pérez de Leal (1995) indica:

El deber primero del profesional es para con la sociedad y tanto la abogacía como la medicina serán las disciplinas en las que el carácter social de su ejercicio se encuentre más acentuado y se presente más palpable, en razón de que la labor de éstos profesionales normalmente está encaminada a colaborar con la comunidad en sus necesidades más vitales (p. 22).

Es por ello que surge el interés por investigar esa gran cantidad de denuncias que, utilizando el Instituto de Litigar sin Gastos, pone en marcha el engranaje judicial, produciendo una innumerable cantidad de diferentes tipos costosas pericias, que no paga el denunciante y que, en la mayoría de los casos analizados, no ameritarían dar inicio a una causa judicial.

Por medio de esta investigación se intentará realizar un diagnóstico de los principales temas de denuncia de Mala praxis médica dentro del Departamento Judicial de Lomas de Zamora, individualizándose las instituciones involucradas, el tipo de denuncia realizada, la zona geográfica y las especialidades médicas, con el objeto de poner en evidencia qué servicio y especialidad médica se destaca como principal generador en cantidad de denuncias y su prevalencia en ambientes públicos o privados de atención.

Con ésta investigación se intentará colaborar en la resolución del problema planteado o, al menos, brindar una orientación sobre las causales de la supuesta mala atención de los servicios que

aparezcan como más conflictivos, ya que al saberse cuáles son los motivos más denunciados, se podrá aumentar la vigilancia en esas áreas de atención, tendiendo a una mejor utilización de medios y la consecuente mejora en la calidad de atención y de contención.

Este es un trabajo de tipo descriptivo, cuyo objetivo general es determinar los principales temas de denuncia de Mala praxis médica en el Departamento Judicial de Lomas de Zamora, en el período de años comprendido entre 2013 a 2018, individualizando las instituciones denunciadas por Mala praxis en públicas o privadas, determinando el tipo de denuncia de Mala praxis efectuada, discriminando entre Homicidio culposo, Lesiones culposas o Averiguaciones de causales de muerte, especificando qué servicio / especialidad médica es la mayormente denunciada (ginecología, cardiología, etc.) y caracterizando al denunciante de la Mala praxis según sexo y edad.

Para realizarlo, el criterio de selección de los casos está basado en el estudio de los expedientes judiciales por denuncias caratuladas de Mala praxis (Homicidio Culposo - Lesiones culposas - Averiguaciones causales de muerte), dentro del Departamento Judicial de Lomas de Zamora.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los principales temas de denuncia de mala praxis médica en el Departamento Judicial de Lomas de Zamora entre 2013 a 2018.

Objetivo Específico

- Caracterizar las instituciones denunciadas por mala praxis médica.
- Determinar el tipo de denuncia por mala praxis médica.
- Delimitar por servicio / especialidad médica denunciada por mala praxis.
- Caracterizar al denunciante de mala praxis de acuerdo a edad, sexo.

Marco Teórico

3.1 Marco Histórico:

3.1.1 Marco Histórico General:

Cuenta Castro Dassen (1992) que desde el Código de Hammurabi (1728 a 168 a.C.) hasta nuestros días, la sociedad se ha compuesto por hombres sujetos de derecho que son, para la ley, súbditos y que, por ésta razón, deben adecuar sus conductas a la ley que la sociedad impone, acepta y respeta, aunque la mayoría la desconozca o no la comprenda, en su totalidad o en parte, ya que lo jurídico aparece para la población, en general, como algo extraño, impropio y externo.

Este desconocimiento y/o incompreensión de la ley, se ha producido por múltiples razones y factores que se manifiestan, en particular, de acuerdo a las condiciones sociales, históricas, personales, culturales y hasta de formación profesional del individuo o del conjunto de individuos que componen la sociedad.

Explica Patitó (2003) que en el legado de la biblioteca de la Escuela Hipocrática es donde nace el “Corpus Hippocraticum”, conjunto de escritos redactados entre los siglos XI a V a.C., considerado como el fundamento de la ética médica, el que está formado por tres clases de libros, en los que se expresan pensamientos éticos, médicos y jurídicos, siendo, por ejemplo, en el primero de ellos donde está contenido el famoso juramento hipocrático que, por la precisión de sus mandatos, lo fácil de su aplicación y la diafanidad de todo lo que allí se dice, hace que aún se mantenga en vigor, rigiendo, en muchos casos, la vida profesional médica. En otro de esos libros se encuentra el inicio del derecho del médico sobre su paciente.

Actualmente es tan grande y compleja la legislación en la materia, con cambios, modificaciones y reformas, que aún para los abogados más expertos resulta difícil conocerla totalmente y en de-

talle, motivo por el que, en general, se abocan únicamente a partes específicas de ella. Esto constituye un gran problema para los legos, porque es prácticamente imposible que conozcan y comprendan el plexo normativo en el que se desarrolla la actividad médica.

Expresa Castro Dassen (1992) que, históricamente, ha existido un ocultamiento monopolizado y manipulado arbitrariamente por parte de los profesionales del derecho y de otras ciencias, como la medicina, que deliberadamente evitan o intentan que los desconocedores de estas artes o ciencias las comprendan fácilmente, con el propósito de preservar del resto de la población los conocimientos propios y generar así recursos sólo posibles de ser desarrollados por los conocedores. Esta estrategia se utilizó desde tiempos remotos para generar poder en diferentes áreas, creándose una elite de profesionales de distintas ciencias a los que, posiblemente, se los entienda al hablar pero a los que es muy difícil de comprender.

Refiriéndonos a la medicina, ciencia/artes con lenguaje propio y específico, según explica Alsina Atienza D. (1958), a través del tiempo se ha intentado relacionarla con los diferentes procesos jurídicos, tanto civiles como penales, llevándola a la normatización y regulación desde un ámbito lejano a ella, como es el del derecho, con una terminología parecida pero de significado diferente.

Durante los primeros siglos de la era cristiana, la unión entre intención y eficacia creció de tal manera que, para el año 120 d.C., la medicina fue elevada al rango de profesión, dando con ese término las implicaciones éticas del trabajo y la idea de obligación por parte de los comprometidos con este arte/ciencia.

Alrededor del año 1240, Federico II de Prusia reglamentó la titulación y la enseñanza médica, estableciendo requisitos muy exigentes para los estudiantes y practicantes.

3.1.2 Marco Histórico y Legal:

En las Partidas (códigos de leyes), en la época de Alfonso X, llamado sabio, en España, entre los años 1221 y 1284, se enunciaron las obligaciones y derechos de los médicos, los que también fueron utilizados como códigos legales en los nuevos territorios descubiertos por los españoles y, más tarde, se hicieron extensivas al protomedicato que, según explica Patitó (2003), era la instancia a la que le competía la dirección de la enseñanza, el examen de los candidatos y la acreditación de los nuevos médicos.

En el tratado de “Cautelis Medicorum”, conjunto de textos recopilados por Arnaldo de Villanueva (1235 a 1311) se discuten las modalidades médicas, encontrándose en la misma línea la obra de Henri de Mondeville (1260 a 1320) que, como expone Patitó (2003), enfoca su mirada sobre la conducta moral de los cirujanos y la tarifa médica.

Durante el renacimiento, en el relato “Medicus Politicus” de Rodrigo de Castro (1546 a 1627) y Paolo Zacchia (1584 a 1659), éste último hombre clave de la historia de la Medicina Legal, es donde se desarrollan los primeros conceptos de cuestiones médico legales.

Por medio de la investigación histórica, se puede apreciar, como lo expone Castro Dassen N. (1992), que la medicina, la ética y la jurisprudencia siempre se han interrelacionado, siendo un ejemplo cercano el caso de los Tribunales Europeos, por el siglo XIX, en los que no se diferenciaba acción delictual de acción contractual, motivo por el que sólo se consideraban argumentos basados en el carácter intelectual del trabajo, sin tener en cuenta la existencia de contrato entre el médico y paciente. Todo dependía de la sabiduría del médico en el ejercicio de su profesión, lo que sólo podía ser discutido por otro profesional de la salud.

Con el nacimiento del Estado moderno, como explican Mazeud (1972) y Pérez de Leal (1995), comienza a sostenerse la existencia de dos categorías de transgresiones por parte de los profesionales

médicos: las de tipo público, referidas a todo daño inferido contra el Estado, y las de tipo privado, cuando la afectación es a un particular. A su vez, esta responsabilidad médica era analizada dentro del campo del derecho penal, castigando el delito con sanciones represivas, o era analizada dentro del campo del derecho civil, tratándose de una falta, para aplicar condenas de tipo pecuniaria. De este modo empiezan a cobrar vigencia las compensaciones o indemnizaciones frente a las lesiones, secuelas o resultados no esperados en el accionar médico, las que consistieron en dar sumas de dinero, fijadas por el Estado, que el damnificado debía aceptar como retribución por el perjuicio sufrido, lo que iría evolucionando, con el transcurso del tiempo, hasta convertirse en resarcimiento por daños y perjuicios.

Gregory, por el año 1800, con ideas iluministas, intenta fundamentar la deontología en una filosofía moral universal, con un sistema no religioso ni hipocrático, caracterizando al médico como un hombre virtuoso que actúa conforme al deber y la benevolencia, haciendo hincapié en la simpatía y el deber de curar. Es en ésta época cuando se publica el “Código de Percival”, que, como explica Patitó (2003), se considera el primer código deontológico dirigido a la profesión médica.

Si nos apartamos de la línea histórica de sucesos que relacionan a la medicina con la legislación y jurisprudencia, también podemos apreciar cómo la responsabilidad médica se manifestó de maneras muy diferentes, por lo menos en sus inicios, y cómo se trataba, en las comunidades antiguas de la prehistoria, imbuidas por el natural instinto de supervivencia, los diferentes dolores y sufrimientos por accidentes y determinadas enfermedades; para ellas la vida y la muerte constituían los contrarios, en constante pugna, en la misma esencia existencial.

El hombre arcaico se humedecía las contusiones con saliva, extraía las espinas que se le clavaban y los diferentes parásitos que se introducían bajo la piel, cubrían sus heridas con hojas, arcillas o barro; por ende la fuerza y la salud representaban los bienes supremos que defendían de los muchos enemigos que se las querían arrebatar. Ellos no concebían la muerte como un hecho natural, sino que

atribuían la cesación de la vida a causas sobrenaturales, tal como la ira de los muertos, poderes misteriosos, venganza de espíritus ofendidos, etc., siendo su mayor problema la carencia de armas para luchar contra todos esos males. Se consideraba a la salud y a la enfermedad como fuerzas en un conflicto constante; era la lucha entre los buenos y los malos espíritus. La enfermedad era concebida, entonces, como el resultado de los pecados cometidos colectiva o individualmente, como hechizos nocivos, infracción a un tabú, penetración mágica de un objeto en el cuerpo, posesión de los espíritus, pérdida del alma o impureza o castigo de los dioses. Esta concepción de la enfermedad como un castigo o una posesión que debía de ser expulsada, justifica la aparición de los curanderos, chamanes, brujos, hechiceros, magos o sacerdotes, personas que acumulaban el conocimiento de las curas y eran los encargados de dar protección contra los espíritus, como así también capaces de precaver de las brujerías y hechizos de los enemigos con una magia superior. Según explica Patitó (2003), así fue la vida prehistórica registrada en el papiro de Kahun, del siglo XIX a.C., considerado el manuscrito más antiguo analizado.

Por aquellas épocas el curandero, chaman, brujo, hechicero, mago o sacerdote, debía tener alguna característica distintiva, como fuerza extraordinaria, ser deforme o disposición especial para ponerse en trance; no podía ser una persona común. Además, tenía que sentir una auténtica vocación de curar y de sacrificarse por los enfermos y, si era necesario, vivir apartado de la sociedad. Este personaje, con su función protectora y paternalista, fue el precursor de una de las profesiones más nobles y filantrópicas.

Tanto en la medicina primitiva, como en la moderna, la fe del paciente y la personalidad del que sana, resultan factores importantes para la cura.

Estos curanderos, chamanes, brujos, hechiceros, magos o sacerdotes de la antigüedad, fueron los que dieron las bases a la medicina moderna, debido a que la actividad empírica de la magia, sumada a la fortuita aplicación de determinadas medicinas o antibióticos que dieron resultados favora-

bles en su empleo, fue el inicio de la repetición en el uso de ellos en casos semejantes, dando el primer paso de lo que hoy conocemos como criterios científicos, pese a que en la antigüedad se consideraba que una sustancia actuaba por el cómo y dónde se la aplicaba o consumía y quién era el que la había administrado, creyéndose en el poder de la persona ejecutora de la acción.

Desde hace milenios, los pueblos fueron utilizando terapias sumamente eficaces, sorprendentes tal vez para su época, sobre todo si se tiene en cuenta los medios técnicos a su alcance, en los que se depositaba plena confianza de su curación, considerando, por su parte, que cuando se producía su deceso era porque no había otra opción de causalidad.

La evolución histórica del desarrollo de la medicina, junto con la evolución de las civilizaciones, como expone Castro Darssen N. (1992), fue alternando períodos en los que se exceptuaba de culpas al accionar médico, como por ejemplo con la Ley del Talión, que se aplicaba al común de la población, excluyendo de la venganza a los practicantes del arte de curar. Ello debido a que, en aquellas épocas, la medicina quedaba reservada con exclusividad al hechicero o mago de la tribu, quién era venerado por el pueblo y a quién se le temía, ya que era creencia arraigada que éstos personajes poseían poderes divinos; de allí provenía su capacidad curativa y era la causa por la que la medicina revestía visos mágicos.

Eran tiempos en que, en las comunidades primitivas, la fuerza era el único límite de la libertad y quien se sentía menoscabado en sus bienes o derechos, devolvía el mal recibido con un daño equivalente al victimario.

A pesar de los cambios producidos en torno de esta problemática, siempre estuvo latente la necesidad de reparar el daño injustamente causado, aunque con diferencia de matices. El deber jurídico de responder ha experimentado una significativa evolución y se ha ido perfeccionando a través del tiempo, hasta llegar a quedar normatizado en la legislación actual.

El origen de la responsabilidad médica reconoce antecedentes que se remontan al antiguo Oriente, en la Mesopotamia, hacia el 1800 a.C., reuniéndose en el Código de Hammurabi preceptos jurídicos generales, de los cuales unos veinte, según expresa Patitó (2003), correspondían a los actos médicos, enumerándose, taxativamente ciertas acciones médicas con consecuencias dañosas y sus respectivas sanciones, como por ejemplo, la amputación de la mano al cirujano que producía la muerte de su paciente o la indemnización en caso de tratarse de un esclavo.

Como ya se dijo, la costumbre de la venganza se introdujo en la esfera jurídica a través de la Ley del Talión, pero cuando la dinámica de los negocios empezó a ser más amplia también se visualizaron en las relaciones humanas y comenzó a generarse la idea de que resultaba más provechoso para la víctima cobrarse el daño del patrimonio del dañador. De este modo, con el nacimiento del Estado moderno tomaron vigencia las compensaciones o indemnizaciones consistentes en sumas de dinero, fijadas por el Estado, que el damnificado debía aceptar como retribución del perjuicio sufrido.

3.1.3 Marco Histórico y Ejercicio Profesional:

Otro ejemplo a tener en cuenta es el de Persia, donde se exigía una práctica previa tutelada a quien pretendía ejercer la medicina, acompañando durante un cierto tiempo a médicos ya realizados.

Las prácticas consistían en la atención de enfermos sin recursos a los que se debía salvar de la muerte. Se consideraba al aspirante capacitado para desempeñarse como médico, una vez pasado con buen resultado esta especie de rito, pero sólo podía dedicarse a curar en forma autónoma recién cuando el médico tutor lo autorizaba.

Este ejercicio profesional, cuenta Castro Darssen N. (1992), era remunerado, acarreado para el médico, la falta de prudencia y la desatención del enfermo, sanciones de encarcelamiento hasta la pena de muerte.

Por su parte, en Egipto, el médico sólo era responsable si en la ejecución del ejercicio profesional se apartaba de las reglas del arte de curar o de las pautas dadas por colegas o templos de estudios; es decir que su responsabilidad era por sus acciones y no por los resultados. Ello así porque en la medicina, al igual que la magia de los sacerdotes, debían seguirse las directivas rituales existentes en los textos crípticos, siendo castigadas las fallas producidas por la inobservancia de dichas normas.

Como lo describió Von Ihering R. (1972), también en la antigua Grecia la profesión médica tuvo características divinas, las que se mantuvieron hasta los tiempos de Hipócrates, período en el que la medicina se fue transformando en más científica y menos divina.

En la concepción hipocrática de la medicina no se concebía el derecho de los pacientes, manteniéndose este sesgo paternalista durante veinticinco siglos. En palabras de Garrido (1994), el médico era quien, en forma exclusiva, decidía qué era lo más conveniente y beneficioso para el paciente. El parecer del paciente no se tenía en cuenta, por lo que no se lo informaba adecuadamente sobre lo que se le iba a hacer o realizar en relación con su salud y su cuerpo. Según esta concepción paternalista, no hacía falta informarlo porque el enfermo era un “incompetente moral” para poder decidir por sí sobre su salud o enfermedad; en cambio, los médicos actuantes eran los que conocían el arte de curar y decidían sobre lo que era más ventajoso para su salud.

El mandato de los médicos de aquella época, era el de obrar siempre en beneficio del paciente, siendo ésta la característica de la medicina hipocrática y de la ética tradicional, principio que con el tiempo fue recogido por la bioética.

Este estatus se mantuvo en la antigua Roma, en donde se consideraba que los servicios profesionales estaban ubicados en un rango superior, siendo recompensados con algún tipo de reconocimiento o privilegio, totalmente diferente al del trabajo manual.

A fines del año 240 a.C., a causa de una epidemia que azotó a Roma, comenta Von Ihering R. (1972), se debió recibir ayuda de los médicos de origen griego, ya que los médicos romanos resultaba insuficiente para cubrir la frente al flagelo. Los médicos griegos no recibían honores por pago, como en el caso de los romanos, sino que trabajaban por un precio. De este modo tuvo origen y prosperó la idea de la remuneración económica como contraprestación del servicio profesional médico, conservándose durante la época del Imperio Romano y siendo receptada por su legislación, la que reconoció, además, la presencia de delitos privados, como forma de daño, por el accionar del ejercicio del médico, siendo esta una de las fuentes de las obligaciones.

En ésta relación jurídica médico paciente, denominada en derecho “Locatio Operarum”, participan dos componentes: el profesional médico, que se obliga a prestar sus servicios con responsabilidad derivada de su arte, y el paciente, que se obliga a retribuirlo mediante el pago de sus honorarios.

En la época del imperio Romano, como explica Sánchez Guisande G. (1964), dos leyes marcaron inflexión en el derecho: Ley Cornelia, que contemplaba la deportación del médico que con su práctica causara o provocara el deceso del paciente, y la Ley Aquilia, que establecía una pena que equivaldría al perjuicio ocasionado por la falta del profesional (dolo), reconociéndole a esta última una entidad diferente del daño derivado del el azar (culpa).

Tanto en el Derecho Romano como en la legislación española de la Alta Edad Media, se imponían severas penas a los profesionales médicos que, en ejercicio de su labor, ocasionaban daños en la persona derivadas de la falta de responsabilidad profesional.

En la época de Rogelio de Sicilia (1140), fue cuando se estableció el examen como requisito para ejercer la medicina y, como ya se indicó precedentemente, alrededor del año 1240, Federico II de Prusia reglamentó la titulación y enseñanza médica, estableciendo requisitos muy exigentes para los estudiantes y practicantes.

La influencia de estas escuelas se extendió a España y, reiterando lo ya señalado, en la época de Alfonso X, llamado el sabio, entre los años 1221 y 1284, en las Partidas (códigos de leyes), se enunciaron las obligaciones y derechos de los médicos, los que también fueron utilizados como códigos legales en los nuevos territorios descubiertos por los españoles y, más tarde, se hicieron extensivas al protomedicato que, según explica Patitó (2003), era la instancia a la que le competía la dirección de la enseñanza, el examen de los candidatos y la acreditación de los nuevos médicos.

En el tratado de “Cautelis Medicorum”, conjunto de textos recopilados por Arnaldo de Villanueva (1235-1311) se discuten las modalidades médicas, encontrándose en la misma línea la obra de Henri de Mondeville (1260 a 1320) que, como expone Patitó (2003), enfoca su mirada sobre la conducta moral de los cirujanos y la tarifa médica.

3.1.4 Marco Histórico, Ética y Responsabilidad Médica:

Existen más antecedentes a tener en cuenta, siguiendo la línea histórica de la relación médica, ética y jurídica, como los llamados Consejos (en latín “Consilium”) en los que se reunían las enseñanzas que daban los médicos experimentados a sus seguidores. En ellos abundaban las exhortaciones a las virtudes que debían alcanzar los médicos, finalizando esos escritos con una invocación religiosa, lo que hace suponer que el médico que no se conducía correctamente podría ser sujeto de sanción por no haber actuado ética y responsablemente.

Según expresa Garrido (1994), durante el renacimiento, en el relato “Medicus Politicus” de Rodrigo de Castro (1546 a 1627) y Paolo Zacchia (1584 a 1659), éste último hombre clave de la historia de la Medicina Legal, es donde se desarrollan los primeros conceptos de cuestiones médico legales.

En esta evolución histórica, se puede apreciar el aporte de Rodrigo de Castro, médico judío de origen portugués, que realizó un enfoque ético de la medicina, elaborando la teoría de los deberes

profesionales bajo la influencia de las ideas iluministas, intentando fundamentar la deontología médica en una filosofía moral universal, no religiosa ni hipocrática, presentando al médico con características de gentleman, es decir de hombre virtuoso que actúa conforme al deber y la benevolencia, con simpatía y enfocado en la obligación de curar.

Los primeros juicios por responsabilidad médica, desarrollados como tales, tuvieron lugar en Francia, a mediados del Siglo XIX, dando origen con sus fallos, como explica Patitó (2003), a la jurisprudencia y doctrina inicial sobre este tema. Los casos históricos más conocidos fueron los de los doctores Hélie y Thouret Noroy, siendo el primero de ellos un ejemplo de imprudencia y, el segundo, de impericia y negligencia.

En 1825, en Domfront, Francia, el doctor Hélie fue llamado para atender un parto, cuyo trabajo se había iniciado a los 6 de la mañana. Al llegar al lugar, a las 9 de la mañana, encontró a la parturienta caminando y comprobó la presentación de hombro y mano derecha en el trayecto vaginal (“sin esfacelo”), por lo que resolvió amputar el brazo para facilitar la expulsión fetal; a continuación observó que el brazo izquierdo hacía análoga exteriorización vulvar y practicó también su amputación. Producido espontáneamente más tarde el parto, el niño nació con vida y sobrevivió. Los padres de la criatura demandaron el doctor Hélie y el Tribunal actuante, rechazando el dictamen de la Academia de Medicina (sostenía que el médico no es responsable sino cuando ha producido un daño intencionalmente, con premeditación, por pérfidos designios y criminales intenciones), lo consideró “culpable de una falta grave” y lo condenó al pago de una indemnización, en la forma de renta vitalicia, por haber obrado “sin prudencia y con una precipitación increíble”.

El hito trascendente de esta historia fue el dictamen del Fiscal Dupin, Procurador General de Francia, quien señaló que “el médico como profesional cae en la obligación del derecho común, siendo responsable por los daños que pueda provocar su negligencia, ligereza o ignorancia inexcusable de cosas que necesariamente debe saber”.

En 1833, ante el tribunal de Evreux, se inició juicio al doctor Thouret Noroy porque, este médico, llamado por un enfermo, resolvió practicarle una sangría en el pliegue del codo, alcanzando la incisión a la arteria, con el consecuente sangrado violento y abundante. En esta situación, el facultativo puso un vendaje compresivo y se retiró. Debido a los dolores y la tumoración en el sitio de la sangría, el médico fue nuevamente convocado, aconsejando una pomada resolutive y cambiando el vendado, negándose a concurrir, para asistir al paciente, en los posteriores llamados que se le hicieron en los siguientes días. Los dolores y los fenómenos de la gangrena hicieron que otro médico procediera a la amputación, diagnosticando aneurisma consecutivo a la herida arterial durante la sangría. El doctor Thouret Noroy fue condenado al pago de una indemnización por “impericia”, “negligencia grave” y “falta grosera”. La Corte de Rouen y la Casación confirmaron la sentencia, siendo el dictamen del Fiscal Dupin, por su valor histórico y jurídico, la pieza más importante del caso (teniendo presente los artículos 1382 y 1383 del Código Civil francés, referidos a la responsabilidad extracontractual, sostuvo que se deduce la responsabilidad de los médicos, aunque no exista ninguna ley que señale expresamente ese tipo de culpabilidad, cuando se haya cometido una falta, durante el ejercicio de su profesión, motivada en una desidia inexcusable).

En el derecho Germano también se reconocía la indemnización tarifada a quienes sufrieran un daño procedente del accionar médico.

En la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de la Asamblea Nacional Francesa (1789), encontramos una fuente importante de ideas del liberalismo, como el reconocimiento a los derechos fundamentales de las personas que, anteriormente, habían sido explicitados por John Locke en sus dos tratados sobre el Gobierno Civil (1689), enumerándose, como expresa Garay (1994), los derechos a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad, los que posteriormente fueron catalogados como derechos humanos.

Los derechos que el liberalismo defendía, son los que se basan en el principio de autonomía de la voluntad, por el que todo ser humano tiene completa libertad para ordenar sus actos o para disponer de sus propiedades y de su persona, dentro de los límites de la Ley Natural y sin que su decisión pueda depender de la voluntad de ninguna otra persona.

Según expresa Garay (1994), a partir de éste principio empieza a cambiar la vida política de Europa, organizándose el orden político sobre criterios democráticos y participativos: los derechos son de todos y de cada uno de los seres humanos.

De este modo, la filosofía liberal comienza a destronar los fundamentos paternalistas presentes en la medicina a partir del pensamiento hipocrático y al paciente se lo empieza a respetar y a tratar como a una persona capaz, adulta, libre de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, sobre su propia salud y sobre su vida, sin perderse de vista la responsabilidad que le incumbe al médico de aplicar todos sus conocimientos y técnicas en pos de conservar o mejorar la salud de dicho paciente.

Frente al paternalismo del médico, expone García Guillen (1988), con el liberalismo comienza a tomar fuerza la autonomía de la voluntad del enfermo, quien será, en última instancia, el deberá decidir sobre su vida y su cuerpo.

Con estos cambios fundamentales, se establece la premisa, como requisito, de exigir el consentimiento del enfermo como paso previo al accionar del galeno sobre su cuerpo; esto se debió, también, a que comenzó a entenderse como agresión la intromisión médica en el cuerpo del paciente, sin su autorización, permiso o consentimiento.

Como explica García Guillen (1988), con base en el principio de la autonomía de la voluntad, se fue desarrollando el concepto de consentimiento informado, por el que el médico no puede decidir por el paciente, ni aún para proteger mejor sus intereses. Por este motivo, al enfermo se le debe pro-

porcionar toda la información que sea necesaria, de todas las alternativas recomendables, a fin de que adopte una opción razonable.

Sánchez Guisande G. (1964) afirma que fue durante el siglo XVIII, cuando se reconoció y difundió el uso del término responsabilidad, con una significación acorde a la que actualmente se conoce.

En el año 1803 se publicó el llamado “Código de Percival”, considerado el primer código de deontología médica, dirigido a los profesionales médicos. Éste código fue la base del “Código de la Asociación Médica Argentina” (1847), en el que se tratan temas como la práctica hospitalaria general y privada, la relación con los farmacéuticos y la legislación y jurisprudencia.

El “Código de la Asociación Médica Argentina”, contiene una serie de normas que sirven para garantizar buena reputación de los que las cumplan, tratando temas como la consulta, competencia científica, cortesía profesional, cooperación con otros profesionales de la salud, modo de procurar pacientes, tarifas, condiciones de la práctica médica y confidencialidad. También tiene exhortaciones tendientes a cultivar ciertas virtudes, consideradas propias de los médicos, como la modestia, la sobriedad, la paciencia y la auténtica piedad.

En general, los códigos médicos tradicionales combinan exhortaciones morales con directrices programáticas, destacando la personalidad noble que debe tener el médico.

El “Código de la Asociación Médica Argentina”, inició un viraje desde la medicina hipocrática, centrada en el beneficio del enfermo, hacia el de la medicina centrada en la utilidad que le brinda al enfermo y a la sociedad.

Continuando con la narración de acontecimientos destacables, en 1829 se produjo un pronunciamiento de la Academia de Medicina de París que generó una revolución radical respecto del deber

de responder del galeno y trajo, como consecuencia, la desaparición de la responsabilidad jurídica del médico, exaltando el carácter moral que revestía la responsabilidad de los profesionales del arte de curar. Según expresa Von Ihering R. (1972), fue por esta doctrina que se mantenía como postulado que, en medicina, todo criterio adoptado era opinable, siendo esta circunstancia la que generaba la posibilidad de entenderse como excusable la culpa médica y, por lo tanto, el galeno sólo debería responder por su culpa cuando ésta fuera de carácter grave. También se cuestionaba que el daño moral pudiera traducirse en un valor de tipo económico e indemnizable, estimándose como inmoral toda reparación pecuniaria que obedeciera a ese rubro.

En 1862, la Cámara Civil de la Corte de Casación francesa, relata Campagnucci de Caso (1991), se pronunció respecto de la culpa profesional y fijó los criterios en materia de responsabilidad profesional, en base a los considerandos de la sentencia, referidos a que las cuestiones atinentes a la responsabilidad médica se encontraban sometidos al derecho común, en cuanto a las reglas del buen sentido y prudencia a las que debía de ajustarse, separándola de la que hasta ese momento regía y manteniendo la tesis de gradación de la culpa, originada en el Derecho Romano, en la que se diferenciaba entre la culpa imputable al buen padre de familia y la asignada al "diligentissimus pater familias".

En otras palabras, esta doctrina francesa sostuvo el criterio por el que, para los supuestos de la culpa profesional, era requisito que existiera una culpa de carácter grave o lata, que debía basarse en un error grosero, para que hiciera surgir el deber de responder.

El fundamento de esta doctrina, es la creencia de que en medicina todo era materia opinable, por su constante evolución y porque no es una ciencia exacta, pudiendo coexistir distintos criterios médicos aportados por las diferentes escuelas de formación en el arte de curar.

A diferencia de lo que ocurre en materia civil, es en materia penal donde la responsabilidad se acerca más a lo moral.

En el campo del Derecho Civil y dentro de la concepción objetiva de culpa, surgió el deber de responder, independientemente de la voluntad del médico, si el perjuicio ha sido sufrido injustamente por su paciente. De este modo, muchos actos que no generan responsabilidad penal, podrán originar reclamos por vía civil, en procura de la reparación del daño experimentado por la víctima.

3.1.5 Marco Histórico y Derechos Humanos:

Para la segunda mitad del siglo XX, en Estados Unidos, expone Patitó (2003), se incrementaron los juicios en forma paralela al auge del reconocimiento de los derechos de las personas impulsados por los postulados de la bioética, los que pasaron a tener rango constitucional.

La idea de ciencia/arte, explica Von Ihering R. (1972), siempre dio un alea de imprevisibilidad a la medicina; esta idea, acompañada por la absoluta presunción de idoneidad que brinda el título universitario y la confianza depositada por los jueces en los peritajes médicos para resolver un litigio, hacían que la mala praxis sólo se atribuyera a desgracias o fatalidades, motivo por el que no se consideraban las complicaciones de los actos médicos ni el accionar intencional.

Con posterioridad surgió la doctrina de la responsabilidad Aquiliana o extracontractual que, como expone Colombo L. (1965), sostenía que las obligaciones médicas reconocían su génesis o fuente en la ley, siendo esta corriente la que fue receptada en nuestra jurisprudencia y la que tuvo a sus más fervientes defensores en Francia e Italia.

Recién en 1936 la Cámara Civil de la Corte de Casación francesa estableció que el médico no estaba obligado a curar al enfermo, pero si a prestarle algún cuidado, dejando aclarado que no se trataba de cualquier cuidado, sino de tipo concienzudo, solícito y con reserva de las circunstancias

excepcionales, conforme con los resultados adquiridos por la ciencia. De ésta manera nació un equilibrio entre el interés científico y el paciente, el que no podía ser maltratado por torpes o imprudentes profesionales.

La responsabilidad Aquiliana o extracontractual, estuvo vigente en nuestro país hasta el año 1941, año en el que la Cámara Civil de la Capital Federal, por medio de un fallo, se pronunció por la teoría contractualista. Hasta ese momento, el título habilitante, era considerado garantía de idoneidad profesional.

En el año 1946 se adoptó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que los estados parte declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que una serie de principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y seguridad de todos los pueblos. Algunos de ellos son: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados; los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

En el año 1947 se sancionó el Código de ética médica de Nüremberg, en el que se recogen una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, como resultado de las deliberaciones de los Juicios de Nürember, al final de la Segunda Guerra Mundial.

El 10 de diciembre de 1948, en París, la Asamblea General de las Naciones Unidas, por medio de su Resolución 217 A (III), adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento declarativo, de 30 artículos, en el que se recogen los derechos humanos considerados básicos, a partir

de la carta de San Francisco del 26 de junio de 1945. La unión de esta declaración y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus protocolos comprende lo que se ha denominado la Carta Internacional de Derechos Humanos. Mientras que la Declaración es un documento orientativo, los Pactos son tratados internacionales que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos.

Fue así como, en 1948, se reafirmaron los derechos fundamentales del hombre en la dignidad y el valor de la persona humana, y la igualdad de derechos de hombres y mujeres.

Los derechos humanos se fundamentan, según palabras de García Guillen (1988), en la libertad, la justicia y la paz en el mundo, teniendo por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca de los derechos, iguales e inalienables, de todos los miembros de la familia humana.

En octubre de 1949, fue adoptado el primer Código Internacional de Ética Médica por la 3^o Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Londres, en el que se presentan los principios más importantes de la ética médica, excluyendo las exhortaciones sobre el comportamiento médico de los códigos del Siglo XIX.

En esta la Asamblea también se adoptó una nueva versión del Juramento Hipocrático, que fue el dado por la Declaración de Ginebra.

Se reconoce que, como explica Garay (1994), entre los derechos humanos y la praxis profesional vinculada a la medicina y la ética, existe una ligazón muy fuerte, al igual que entre la ética y los derechos de los pacientes y la ética y los derechos humanos.

La ética general ha estado ligada al desarrollo de la democracia y los derechos humanos, mientras que la ética médica se mantuvo durante veinticinco siglos en su estado inicial; sin embargo, durante las últimas tres décadas se ha manifestado un interés creciente, entre los profesionales de la salud, en adentrarse en el conocimiento de la bioética y los derechos humanos. Prueba de ello es el

Código de Ética para el equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina (AMA) del año 2001, que califica como violatorio de la ética médica al accionar médico vinculado con la pena de muerte, la tortura u otros procedimientos degradantes, inhumanos o crueles, la discriminación y otras causas.

A la luz de la doctrina que emana de los derechos humanos y su fuerte vínculo a la ética universal, Garay (1994) expone que la praxis de los profesionales de la salud y los derechos humanos a la vida, la identidad, la integridad, la libertad y la igualdad, están relacionados con los principios bioéticos de beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía.

Como ya se ha explicado, en la relación médico/paciente o médico/enfermo, se consideraba al enfermo como un ser incompetente físico y moral, por cuyo motivo debía ser conducido, en ambos campos, por su médico. Ésta relación médico/enfermo, influida por el pluralismo, la democracia y los derechos humanos, es decir la ética entendida en el sentido moderno, fue variando a un punto tal que, en la década del 70, los enfermos comenzaron a tener conciencia total de ser agentes morales autónomos, libres y responsables, que no requieren establecer con sus médicos relaciones como la de padres e hijos, sino la de personas adultas que mutuamente se necesitan y respetan. Es a partir de éstos cambios que la relación médica ha pasado a basarse en el principio de autonomía de la voluntad y libertad de todos los sujetos implicados en ella, los médicos, los enfermos, etc.

Expresa Garay (1994) que los médicos de ayer tenían una capacidad limitada para cambiar el curso de la naturaleza; en cambio, los médicos y científicos de hoy, pueden intervenir en los procesos fundamentales de la vida y de la muerte. Entendemos, entonces, que la aplicación de la tecnología sofisticada en el área de las ciencias de la vida y, en particular, de la medicina, coloca a la sociedad frente a situaciones hasta ahora desconocidas.

Con el cambio de los tiempos, la responsabilidad moral del médico se desplaza por la diversidad de los conflictos que se plantean, pero aún hoy hay algo que se mantiene invariable desde Hipócrates: es el hecho de que el médico debe desarrollar una conciencia ética responsable y soberana que fundamente su conducta.

3.2 Marco Legal:

3.2.1 Marco Legal. Generalidades:

Existe una opacidad en el lenguaje jurídico, por lo que resulta de difícil comprensión para los legos.

Según explica Castro Dassen H. (1992), dicha diferencia se puede apreciar por medio de los siguientes ejemplos: a) al delito cometido con intención se lo llama delito con dolo, y b) a la persona que se encuentra encarcelada no se la denomina preso sino un interno. De este modo se demuestra que el lenguaje jurídico es específico y propio de la especialidad y que se utilizan, entre legos en derecho, palabras diferentes a las específicas de los abogados, así como también pasa a los abogados que su lenguaje cambia con respecto a las palabras específicas o eufemismos de cada una de otras profesiones. Esta diferencia también puede verse claramente en el caso del lenguaje médico.

Para que exista responsabilidad (imputabilidad en el ámbito jurídico), no basta la conducta antijurídica ni la comprobación de causa sobre efecto en el orden físico, sino que es necesario que el acto generador del daño le sea atribuible a una persona.

Imputar, desde la historia legal, como explica Aguiar, H. (1950), significó y significa adjudicar la autoría de uno o más hechos y sus consecuencias a una persona determinada.

En la actualidad existe una visión, respecto de la trascendencia de los derechos de los pacientes, que se abre vía jurídica por medio del Estado; de este modo, el orden público preside las relaciones respecto al cuidado de la salud de los integrantes de ese Estado.

En el pasado era poco frecuente que, ante un conflicto con su galeno, se lo demandara, debido

a que existían fuertes vínculos personales, sociales y familiares con él. Esto cambió en forma absoluta y actualmente sólo encontramos miedo en el paciente de ser mal atendido y/o sufrir secuelas del tratamiento, y en el médico de ser demandado y envuelto en trastornos judiciales, con la angustia lógica que ello conlleva, empujándolo así hacia una medicina defensiva.

Los Hospitales Públicos, contruidos con los impuestos nacionales como los diversos sistemas asistenciales nacionales y provinciales, en la actualidad se ven desbordados, lo que afecta aún más la relación entre el médico y el paciente, produciendo la sensación de mala atención, por parte del paciente, y el aumento de la chance de error en el diagnóstico o la insuficiencia de la aplicación de terapias, por parte del profesional médico.

El derecho es un análogo de lo justo, explica Agrest, A. (1994), y lo justo es lo debido a cada uno, lo suyo de cada uno, según el principio de igualdad; de este modo se establece en la sociedad un orden temporal. Ese suyo, se entenderá como eso de cada uno que se reconoce en forma racional, en la medida en que es algo proveniente de la naturaleza con que se establecen las normas. Por lo tanto, la autoridad, expresa Agrest, A. (1994), no estará en la Ley positiva por el mero hecho de ser tal, sino en la razón y por la cual manda. La ley no se impone a nuestra conciencia y no crea el deber de justicia porque sea Ley, sino por su contenido intrínseco, por la licitud de su finalidad.

Uno de los significados a los que hace referencia a la ciencia del derecho, por medio del método deductivo, es el que extrae los principios de la ética y los plasma en las normas para cumplir con el deber de justicia.

La virtud es un hábito o disposición estable de la voluntad, con respecto a la realización de un fin propuesto como bueno. El orden jurídico, comenta Agrest, A. (1994), reposa sobre la virtud de la justicia, la cual requiere de la nota de alteridad, puesto que siempre son dos las partes en una relación jurídica, con más una tercera: el juez encargado de calificarla.

En la actualidad, como describe Pérez de Leal, R. (1994), la doctrina mayoritaria sostiene que la relación médico paciente tiene su origen en un acuerdo de voluntades, expresa o tácita, naciendo

entre esas partes (médico / paciente) el deber de responder, ante la producción de un daño injustamente causado. Esta respuesta, que por regla general presenta su origen en el campo contractual y excepcionalmente en el extracontractual, tiene en materia penal una carga, donde la responsabilidad se acerca más a lo moral, dado que por las normas en juego, se juzga el estado anímico del agente médico, y se tipifica su conducta en una figura preestablecida dentro de las normas jurídicas, más allá de que del obrar del agente pueda o no surgir un daño.

En la medicina tradicional los médicos tienen obligación de medios, por la que deben cumplir con todos los procedimientos debidos con el fin de proveer la mejor atención a su paciente. Con excepción de los cirujanos plásticos y anatómopatólogos, no tienen obligación de resultados.

“El deber primero del profesional es para con la sociedad y tanto la abogacía como la medicina serán las disciplinas en las que el carácter social de su ejercicio se encuentre más acentuado y se presente más palpable, en razón de que la labor de éstos profesionales normalmente está encaminada a colaborar con la comunidad en sus necesidades más vitales” (Pérez de Leal, 1995, pág. 22).

El título V del Código Penal, referido a la Imputabilidad, en su artículo 34, inciso 4º, dice: “no son punibles (...) el que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo...” (Cabral, 1991). Para encuadrar dentro de esta eximente del Código, se deben cumplir ciertas condiciones: que la conducta típica sea realizada frente a un mal grave, mal que amenace en forma real y actual o inminentemente, de modo que el único medio de conjura sea la lesión de un bien jurídico o interés jurídico de terceros; “... además el mal evitado deberá de ser mayor que el que pueda causarse...” (Casares, 1974).

Esta causal de justificación eximirá de responsabilidad, en primer lugar, al que actúa en cumplimiento de un deber jurídico.

Esa responsabilidad se caracteriza por ser de tipo contractual, por lo que deberá diferenciarse la fuente de la obligación con el contenido de la prestación misma, en cuanto a los deberes a los que

está sometido el médico.

Cuando del ejercicio del derecho se trata, la ley establece un límite en dicho obrar, ya que exige que se lo ejerza legítimamente; esto significa que sea por la vía que la Ley autoriza.

No es misión del derecho sancionar toda violación del precepto ético, sino sólo aquellas que afectan al bien común. Para lograr su satisfacción, se establecen las normas jurídicas basadas en el mínimo de la ética común.

Según las palabras de Meincke, en la mala Praxis médica el derecho está referido a un sistema de fines morales, a los que el hombre debe someterse, y que tiene como contrapartida una obligación; estos fines morales, rectificadas en un orden, implican la conformidad con las tendencias naturales, plasmadas en la razón, con miras al fin propio del hombre; y el derecho será la facultad moral inviolable, poder moral, poder irrefragable conforme a la razón.

El orden jurídico, entonces, no dependerá del arbitrio de los miembros de la comunidad o de sus gobernantes, sino que recibirá sus principios del orden moral; por ese motivo, el derecho puede imponerse coactivamente y es, también, respetado por los individuos. El orden moral contiene al jurídico, como el todo a la parte.

3.2.2 Marco Legal y Derechos personalísimos:

Los derechos personalísimos, también llamados derechos de la personalidad, según expresa Garay (1994), derechos de la persona, derechos extrapatrimoniales, son las prerrogativas de contenido extrapatrimonial, inalienables, perpetuas y oponibles, que corresponden a toda persona por su condición de tal.

Los derechos personalísimos incluyen, entonces, una inconfundible categoría de derechos subjetivos esenciales, que pertenecen a la persona por su sola condición humana, y que se encuentran, respecto de ella, en una relación de íntima conexión.

En ésta categoría quedan incluidos el derecho a la vida, antes y después de nacer, el derecho a la integridad física y el derecho a la disposición del cadáver, que son los que hacen a la personalidad

física.

También se incluyen o quedan comprendidos el derecho al honor, a la identidad personal, a la intimidad y la imagen; como expresa Garay (1994), como tutelares de la personalidad espiritual.

En torno a los caracteres de los derechos personalísimos, la doctrina señala que los derechos son (Garay, 1994):

- Innatos: Son connaturales, nacen con el sujeto mismo; no son adquiridos. Corresponden a la persona desde su origen, vienen adscriptos indisolublemente a su existencia.
- Vitalicios: Duran tanto como la vida del hombre y su pérdida es total, definitiva, irreversible; no admiten matices.
- Necesarios: No pueden faltar en ningún momento. “Se tienen fatalmente, porque nacen con la persona y de por vida lo acompañan”.
- Esenciales: Representan un mínimo imprescindible para el contenido de la personalidad humana.
- Inherentes: Existe una unión inseparable del objeto respecto del sujeto. Éste carácter es consecuencia de los dos anteriores.
- Absolutos: Son oponibles Erga Omnes. En todas las demás personas recae una obligación pasivamente universal de respetar las facultades del sujeto. Pero éste carácter no debe interpretarse como que atribuye a su titular un ejercicio ilimitado de su derecho, pues existen límites a esas atribuciones.
- Relativamente indisponibles: No se puede cambiar el destino del derecho en forma total y permanente. Sí es posible hacer algún tipo de alteración parcial y transitoria; puede ocurrir, por ejemplo, que el sujeto consienta la lesión física o el soporte, sin que este supuesto signifique una renuncia al derecho personalísimo sino al ejercicio de algunas facultades; lo dicho tiene aplicación diferencial con relación a la vida. De la relativa indisponibilidad, por oposición a relativa disponibilidad, surge que son derechos

inenajenables, inembargables, intransferibles, inejecutables por el acreedor, inexpropiables por el Estado, imprescriptibles por el transcurso del tiempo e irrenunciables por el titular.

- Extrapatrimoniales: No se traducen en valores pecuniarios. No asientan sobre bienes calculables en dinero. Sin embargo, en caso de ser lesionados, pueden generar a favor del titular o, en caso de su muerte, a favor de determinadas personas, una acción de resarcimiento económico.
- De Objeto Interior: Cada una de las manifestaciones físicas de la persona que corresponden a los derechos personalísimos, son de objeto interior. Ello permite distinguir las del sujeto, que es la persona considerada in totum, pudiendo, en consecuencia, afirmarse que los derechos personalísimos son verdaderos derechos subjetivos. (pág. 84-85).

3.2.3 Marco Legal, Derechos del Paciente y Responsabilidad Médica:

A comienzos de 1969 hubo ideas, ideologías y cambios sociales, culturales y económicos, que confluyeron en la necesidad de sistematizar los derechos de los pacientes.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la carta de Derechos de los Pacientes, siendo para enero de 1976, según lo expuesto por Garay (1994), que la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europa aprobó un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales, en el que se invitó a los Gobiernos a tomar las medidas necesarias a fin de que los pacientes sean aliviados de sus tratamientos, estén completamente informados sobre sus dolencias y sobre los tratamientos previstos, y tengan así la posibilidad de prepararse psicológicamente para la muerte.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1981, en Lisboa, en su Asamblea XXXIV, expidió la Declaración de los Derechos de los Pacientes, receptándose en nuestro país, según refiere Garay (1994), a través de la Asociación Médica Argentina (AMA), que en su Código de Ética para el equipo de Salud, trata sobre los Derechos y Deberes de los Pacientes.

Basados en las fuentes éticas y jurídicas, Garay (1994) desarrolla un esquema de derechos de los pacientes, divididos en cuatro grandes grupos, de los que se desprenden sub grupos para cada uno, a saber:

- 1) El primer grupo es el de derecho a la vida, del que se desprenden los derechos a la salud y su protección, a la integridad psicofísica, a la disposición del propio cuerpo, a la asistencia médica, al acceso a prestaciones de salud y a la disposición del cadáver.
- 2) El segundo grupo corresponde el derecho a la dignidad, compuesto a su vez del derecho a la intimidad, a la confidencialidad, a la igualdad y a no ser discriminado, a la verdad, a ser diferente, a la identidad sexual, a ser tratado por un médico bondadoso, respetuoso, responsable, idóneo, compasivo y honesto, y a una muerte digna.
- 3) Integra el tercer grupo el derecho a la autonomía, conteniendo el derecho a la información, al consentimiento informado y a rechazar el tratamiento.
- 4) Finalmente, el último grupo está formado por los otros derechos, comprendiendo los del paciente como sujeto de investigación médica, del consumidor - beneficiario de la medicina prepaga y de las obras sociales, y del paciente asistente al hospital público.

En el Capítulo II del Código Penal, el artículo 89, referido a Lesiones, dice: "... se impondrá prisión.... ... al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de éste Código..." (Cabral, 1991).

Como consecuencia de la mala práctica médica, se producen los delitos de homicidio o lesiones, ambos tipificados en el Código Penal, en donde se contemplan los delitos contra la vida en su forma básica, agravada o atenuada. El delito de homicidio consiste en causar la muerte a una persona, mientras que el delito de lesiones es causar un daño a la integridad del cuerpo o de su arquitectura y correlacionando los órganos y tejidos, ya sea en forma aparente, externa o interna. También constituye el delito de lesiones cualquier daño a la salud, entendiéndose por tal al estado de equilibrio entre los humores orgánicos humanos, por lo que cualquier alteración fisiológica del

organismo, o cualquier alteración psíquica, constituye una lesión.

Podemos, entonces, entender que el daño en el cuerpo implica cualquier alteración en la integridad física y en la salud, aludiendo a perjuicios en el funcionamiento del organismo del sujeto; por esta razón estos daños podrán ser tanto externos como internos, sin que existan dolores o pérdidas de sangre. Asimismo, para la jurisprudencia, estos deberán ser verificables.

Éstos daños también deberán de tener una determinada duración, no pudiendo ser de corto tiempo o insignificante, sino que para que proceda una acción judicial deberán ser suficientemente prolongados, apuntando no sólo a lo físico sino también a lo psíquico.

Las lesiones, a las que se hacen referencia en el ámbito jurídico, se clasifican en leves, graves o gravísimas.

Las lesiones preterintencionales, son aquellas lesiones gravísimas causadas por medios inidóneos, siendo habitualmente de concurso ideal entre lesiones leves dolosas y lesiones culposas; “Por lo tanto actualmente el Código Penal no contempla a las lesiones preterintencionales” (Norberto, 2003).

Cuando hay concurso ideal entre lesiones culposas y leves dolosas, según dice el artículo 54 del Código Penal: “...cuando un hecho cayere bajo más de una sanción penal, se aplicará solamente la que fijare pena mayor...”.

La responsabilidad médica es de carácter culposa, comenta Nerio Rojas en su obra “Medicina Legal”, donde describe los elementos que hacen a la responsabilidad profesional y reafirma que deberá de demostrarse su concurrencia en forma fehaciente, siendo los elementos el autor (profesional que ejerce la medicina en las condiciones estipuladas en la Ley del ejercicio profesional), el acto médico (acción efectuada como médico cuando en tal carácter asiste a un paciente), el elemento subjetivo (demostración de “culpa” por parte del médico), el elemento objetivo (consiste en el perjuicio/ daño causado a un paciente en el cuerpo o en la salud, o la muerte de un paciente por la producción de lesiones u homicidio, en ambos casos de carácter culposo) y la

relación de causalidad directa (demostrar que el perjuicio/ daño, es la consecuencia directa del acto profesional).

El carácter distintivo de la culpa, es la falta de previsión de las consecuencias del acto por parte de una persona con capacidad de previsión. Esto lo expresa Patitó en su obra, cuando expone que la culpa médica exige la demostración de impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo.

Los delitos se relacionan con la omisión, correspondiendo una precisión conceptual al respecto. La omisión, para quienes sostienen la teoría causal de la acción, consiste en un no hacer cuando la norma manda hacer algo, donde no se juzga el acto cometido sino el esperado, por lo que en la omisión la Ley penal castigará la desobediencia a su propio mandato de obrar de determinada manera.

La omisión se castiga cuando constituye un medio para cometer un delito. La omisión se da en los casos en que no se actúa conforme a normas jurídicas que ordenan efectuar acciones que tengan resultados socialmente deseados y para evitar lo socialmente indeseado; por lo tanto no es un mero concepto negativo, sino uno limitativo; es la omisión de una acción posible del autor, que está subordinada al poder final del hecho; es la no producción de la finalidad potencial de un hombre en relación a una determinada acción. Sólo aquella acción que está subordinada al poder final del hecho de una persona puede ser omitida.

La comprobación de que alguien no ha ejecutado (ha omitido) una acción dependiente de su poder de hecho, es un mero juicio objetivo que no depende de que al momento de la no ejecución de la acción alguien espere a la misma. La comprobación de una omisión será juicio objetivo.

La teoría de las fuentes del deber, intenta explicar los fundamentos de la posición de garante; es decir que la teoría sostiene que sólo la infracción de un mandato para la defensa de lesiones o peligro de un bien jurídico, por parte de un garante, es constitutiva de un delito impropio de omisión.

Los elementos de un delito de éste tipo serán, entonces, la existencia de un tipo comisivo que

penalice la realización de la lesión o la puesta en peligro de un bien jurídico; la existencia de un mandato que tenga por contenido la evitación de esa lesión o puesta en peligro; la lesión al mandato que deberá igualar o, por lo menos, aproximarse en el contenido de ilicitud y en la magnitud de reproche de culpabilidad.

3.2.4 Marco Legal y ámbitos del Derecho:

Hay tres diferentes ámbitos en los que el Derecho se manifiesta a la hora de resarcir el daño que pudiera ocasionar un acto médico: el administrativo, el civil y comercial y el penal. La noción de responsabilidad está conectada con la idea de reparación del daño ocasionado por un acto médico, como consecuencia de una infracción a un deber, atribuible al autor de dolo o culpa.

En el ámbito del Derecho Penal, el daño que ocasiona el delito puede ser de carácter público o privado, dando lugar a la responsabilidad pública cuando, por el argumento principal del reproche social que el injusto provoca y que determina la aplicación de una sanción penal respetando los principios de culpabilidad, queda habilitada la aplicación de la normas civiles para lograr la efectivización de la reparación.

El Derecho administrativo, como explica Rodríguez Jordán (1999), aparece como una ramificación híbrida cuyas disposiciones atinentes a la responsabilidad encuentran raigambre en el Código Civil.

Desde el Derecho Penal, el elemento dolo es mencionado con cierta resistencia en los asuntos de mala praxis médica, puesto que como expone Rodríguez Jordán (1999), se considera que el obrar culposos sería el único que caracterizaría en forma excluyente la materia en estudio.

El ámbito del Derecho Administrativo, se puede observar, tiene muy poca intervención en la resolución de asuntos relativos a la mala praxis médica, considerando, a pesar de ello, como agente público al médico que cumple tareas en hospitales nacionales, provinciales y /o municipales, y, en este contexto, teniéndolo como protagonista de un acto médico incluido en el artículo 1112 del Código Civil. Para este caso, Rodríguez Jordán (1999) propone la interpretación de la norma como

una cuestión de responsabilidad especial directa del Estado, por los actos y omisiones de los agentes públicos en el ejercicio de sus funciones, de donde deriva la responsabilidad objetiva, lo que hace necesario individualizar a los culpables.

Expresa también este autor que un agente público no responde directamente por las faltas del servicio; es decir que no es responsable por los daños causados a los particulares por el funcionamiento defectuoso de un servicio, sino que, en este caso, se hace responsable al Estado por dicha causa.

El agente público responde directamente frente al tercero cuando las faltas son de carácter personal, configurándose el dolo o la culpa en el obrar del agente.

Rodríguez Jordán (1999) también clasifica a la responsabilidad en contractual y extracontractual, dándole a esta última una subdivisión en torno a la actividad legítima e ilegítima del Estado y haciendo otras subclasificaciones dentro de cada una de ellas. Él afirma que en el Derecho Administrativo no es la idea de culpa el propuesto de la responsabilidad por actos ilícitos, sino que, lo que prima, es el concepto de funcionamientos defectuosos del servicio.

En el ámbito del Derecho Civil y Comercial se entiende que la responsabilidad de los médicos es contractual, con las siguientes excepciones a tenerse en consideración: cuando el servicio médico es requerido por una persona distinta del paciente y que no es su representante, cuando el médico comete un delito penal, cuando el contrato entre médico y paciente es nulo, cuando el médico actúa en contra de la voluntad del paciente, cuando la relación entre médico y paciente es impuesta coactivamente, etc.; en esos supuestos su responsabilidad será mediada en la órbita extracontractual.

3.2.5 Marco Legal y Responsabilidad Profesional:

En la República Argentina, actualmente, no existen normas en ningún cuerpo legal que legislen, en forma específica y taxativa, la praxis de los profesionales del equipo de salud. Por lo tanto, la responsabilidad médica se toma como una variedad o forma de la responsabilidad profesional, que se define como el deber u obligación del médico de responder civil y/o penalmente

por los daños y perjuicios emergentes de su actuación profesional y, como explica Patitó (2003), para encuadrar adecuadamente el tema de la responsabilidad médica, es necesario tener presente los conceptos de delito, dolo y culpa.

Se entiende como delito a todo acto o conducta humana que, por acción u omisión, se encuentra prohibida por la ley penal. Por lo tanto, de verificarse que lo ocurrido se encontraba prohibido dentro del actuar profesional y que éste ha actuado con intención de dañar, es decir con dolo, al autor de dicho acto se le imputará la comisión de un delito común.

Dolo es la expresión de querer la concreción del daño; como explica Patitó (2003), proponiéndoselo como fin de la conducta o como consecuencia indispensable de ella, o también asistiendo a su realización aunque condicionado a la efectividad de dicha conducta.

La culpa se presenta, en cambio, cuando no se quiere la realización del daño, ni proponiéndoselo ni asintiendo que ocurra en forma condicional, pero el hecho resulta de un accionar indebido que podría haberse evitado si se hubiera previsto, de acuerdo con la experiencia del quehacer profesional.

Según el artículo 19, inciso 2º, de la Ley N° 17.132, el profesional médico tiene el deber legal de asistir a los enfermos y su simple negativa a atenderlos no genera responsabilidad, salvo que se demuestre que el paciente sufrió daño por tal omisión.

En este caso, deberá diferenciarse entre lo que se entiende por una asistencia debida y la debida asistencia.

Una asistencia debida es aquella que emana de la imposición de la ley; es decir, como expresa Rodríguez Jordán (1999), es el deber de auxiliar a los enfermos que tienen los médicos, enrolándose esta en el ámbito extracontractual.

La debida asistencia, en cambio, es la que técnica y científicamente resulta adecuada para la correcta atención del enfermo, siendo contractual.

Vale aclarar que si los profesionales médicos se encontraran en relación de dependencia con

el establecimiento de salud hospitalario, aquellos cuentan con autonomía técnica y científica, razón por la que los principios de la responsabilidad por el hecho de los dependientes no rigen en el supuesto en estudio.

Por lo expuesto, el deber u obligación del médico se encuadrará dentro del ámbito de lo culposo, porque en principio se considera que los daños causados por la actuación profesional están desprovistos de intencionalidad.

Las clínicas y hospitales, ante un caso de mala praxis de alguno de los médicos de su plantel, no responden por la relación de subordinación laboral que pudiera existir entre ellos, sino por violarse la obligación de seguridad.

Si un enfermo es atendido por un profesional ajeno a una clínica o sanatorio, habrá un desdoblamiento de responsabilidades, debiéndose determinar si la prestación defectuosa que ocasionara el daño al paciente fue producto de mala praxis del médico o del menoscabo al deber de seguridad, por parte de la entidad de que se trate.

El médico que asiste al enfermo no responde por el daño provocado a través de la exclusiva culpa del hospital o sanatorio.

Puede darse el caso de responsabilidad colectiva de los profesionales intervinientes cuando, al haberse producido un daño en el paciente, no se haya podido individualizar al autor de dicho daño, por lo que, como expone Rodríguez Jordán (1999), se prueba la participación de todos los autores posibles en dicha acción riesgosa o se demuestra la relación causal entre el perjuicio y la acción no particularizada del grupo.

Cuando se habla de la problemática de la responsabilidad, se debe de pensar, en forma casi inmediata, en los deberes morales, por un lado, y en las obligaciones legales, por el otro. Ambos aspectos de la responsabilidad se complementan, debido a que uno reconoce sus orígenes en el otro y, a su vez, se nutren mutuamente.

La moral, expone Montanelli N. (2003), entiende en las acciones humanas con relación a su

bondad; es decir, a los deberes que la conciencia impone, exteriorizándose mediante las normas de conductas comunes, entre los individuos de una comunidad, en un tiempo determinado.

Ingenieros (1988), sostiene que las fuerzas morales convergen en el sentimiento del deber y que sin ser ley escrita, el sentimiento del deber es superior a los mandamientos reveladores y a los códigos legales: impone el bien y execra el mal, ordena y prohíbe. Refleja en la conciencia moral del individuo, la conciencia moral de la sociedad; en su nombre juzga las acciones, las conmina o las veta.

Comenta, también, este autor, que el cumplimiento de las normas morales no nos está impuesto como imperativo divino, sino como mandato natural, y es la convivencia social la que exige un determinado acatamiento a normas morales generales; es la misma sociedad la que sancionará su incumplimiento.

Este código de convivencia social, basado en la costumbre, muchas veces será el cimiento del orden jurídico, receptándose sus principios en la normativa positiva y siendo esa moral general la que dará fundamento y orientación a todo el cúmulo de responsabilidades. Por este motivo, sería erróneo afirmar la existencia de una moral general distinta, en sus postulados, a la moral profesional; esta última estará comprendida dentro de la primera, con algunos matices propios de cada especialidad, pero nunca serán antagónicas.

Siendo así, la responsabilidad profesional, en la que incurre el profesional que falta a los especiales deberes que están a su cargo, se configura con los mismos elementos que son necesarios para la responsabilidad civil. Por este motivo, cuando un profesional omite cumplir con las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, por cualquier causa que fuere (impericia, imprudencia o negligencia), falta a su obligación y se coloca en la posición de deudor culpable.

En materia de responsabilidad profesional, se debe partir de la premisa de que fundamentalmente somos personas que nacemos como tales y que, vocacional o accidentalmente,

nos formamos como profesionales. Por esta razón, no podemos dejar de reconocer en esa moral general la guía de nuestro quehacer técnico específico.

Configurándose la responsabilidad profesional con los mismos elementos que son necesarios para la responsabilidad civil, resulta erróneo sostener que el médico sólo deba responder en los supuestos de culpa grave, entendiéndose por tal la falta notoria de pericia, grave negligencia o imprudencia, grosera inadvertencia a los deberes a su cargo. Pérez de Leal (1995) avala esta posición, expresando que éste es el criterio sostenido por la Corte Suprema en sus fallos.

Dentro de los fallos recabados de la Cámara Nacional en lo Civil, puede apreciarse que, en lo referente a la individualización o apreciación de la culpa de los médicos, no es dable distinguir una culpa profesional, como la transgresión de las reglas de orden científico trazadas por el arte de las Ciencias médicas, de cualquier otra supuesta categoría identificada como culpa común, por lo que, como explica Alsina Atienza (1958), la culpa de los médicos estará gobernada por las reglas generales orientadoras de la especie, siendo el juez quien, en base a las normas del Código Civil, analizará en concreto la naturaleza de la obligación y de las circunstancias de persona, tiempo y lugar, evaluando, en cada supuesto, si el agente u obligado previó o pudo prever las consecuencias que derivaron de su acto u omisión.

La sanción de la conducta, en la esfera civil, se materializa con el pago de una indemnización a la víctima del daño, mientras que, en la esfera penal, se hace efectiva por medio de una condena, de carácter represivo, que el Estado, en su función de mantenimiento del orden jurídico y de la tutela del bien en común, le aplica al responsable del daño.

Dentro del ámbito civil, explica Pérez de Leal (1995), para que surja ese deber de indemnizar o de responder económica o pecuniariamente por la conducta observada, deberá existir como antecedente de tal obligación un acto de tipo antijurídico, atribuible a un sujeto, por un factor subjetivo u objetivo de imputación de responsabilidad y, fundamentalmente, se tornará necesaria la presencia de un daño. En este ámbito no se considera la tentativa y no se responde si no hay daño.

A los fines de imputar la responsabilidad, se debe considerar que el actuar con dolo o culpa es antijurídico genéricamente y, sobre esa base, verificar si el acto es atribuible a un agente en particular (imputabilidad), pudiéndose tratar de una persona física o jurídica determinada.

Dentro de la materia de responsabilidad de carácter profesional, será el factor de tipo subjetivo, específicamente la culpa, la que sustentará, por regla general, el deber de responder.

El dolo se caracteriza por la existencia de la intención del agente dirigida a transgredir el orden jurídico o a incumplir una obligación convenida, con el propósito de perjudicar al acreedor, materializándose la intención en una acción u omisión.

Esta figura de dolo está contemplada en el Código Civil y se entiende, por regla general, que no impone el deber de responder de los profesionales, salvo que éstos cometan delitos tipificados penalmente.

La culpa, en cambio, se caracterizará por la ausencia de la intención de causar daño al acreedor. En este caso, cuando el daño se produce por una acción u omisión objetivamente antijurídica, debida a la imprudencia, negligencia o impericia del agente, surgirá la obligación de devolver las cosas a su estado anterior o, en su defecto, según expone Zuccherino (1994), la de indemnizar a la víctima por los daños y perjuicios que injustamente haya sufrido.

También explica este autor que la culpa profesional, contemplada en el ámbito del derecho civil, se diferencia de la culpa del ámbito penal. Si bien en ambas el proceder observado será aquel que se aleja del actuar esperado o debido, en el ámbito civil se la evalúa desde el sector de la doctrina de la culpa para individualizarla, mientras que en la esfera criminal, la valoración se realiza según la figura descripta y pre establecida en el tipo penal contenido en el ley punitiva.

En nuestro país, existe consenso doctrinario y jurisprudencial acerca de que la culpa profesional no es otra que la misma culpa genérica que describe el Código Civil. Para apreciar la concurrencia o no de la culpa, en la actividad profesional, se debe recurrir a la norma citada, ya que ella plasma un concepto que se considera amplio respecto del factor subjetivo de la imputación, por

lo que debe destacarse que la culpa profesional no es más que una manifestación de la culpa común, en ocasión del ejercicio o la práctica de la disciplina que se trate.

La responsabilidad médica constituye una parte especial de la responsabilidad profesional y es, al igual que ésta, sometida a los principios generales de la responsabilidad.

En el Derecho Romano se legisló sobre la culpa, reconociendo en ella dos grados: el leve y el grave. A pesar de que nuestro derecho ha tenido como fuente al Derecho Romano, en nuestro Código Civil no se ha receptado la clasificación de la culpa en grados.

Como explica Orgáz (1981), la diligencia que se exige de un médico especialista es mayor que la requerida a un no especialista, pero siempre con apego a la norma dentro de su especialidad; es por ello que, en nuestro medio, el contrato entre el médico y el paciente continúa basándose en la confianza y revistiendo el carácter de personal.

La interpretación de la culpa será, en la práctica, más severa según las circunstancias de las personas, de tiempo y de lugar. La más leve imprudencia, negligencia o impericia, harán responsable al deudor que, elegido por su capacidad especial para el negocio, cause un daño al acreedor.

En medicina no hay lugar para culpas pequeñas, por esto es que se evidencia, como expone Orgás (1981), que aun la culpa leve tiene relevancia en la relación entre el médico y el paciente, exigiéndosele al profesional una especial diligencia, más cuando está en juego la vida humana, ya que la menor imprudencia, el menor descuido o la mínima negligencia, adquieren una dimensión especial que le confiere una singular gravedad. El ejercicio de la medicina es incompatible con actitudes superficiales y no hay cabida para las culpas menores.

Sin embargo, la realidad demuestra que no todas las culpas tienen igual magnitud y que la omisión de la debida diligencia revestirá distintas entidades, conforme las particulares circunstancias de cada caso; de aquí que, aunque la arquitectura legal no se asiente sobre los cimientos de la graduación de la culpa, su dimensión adquiere alguna relevancia y se impone una especie de deber de prestación en cuanto a la debida diligencia que se exige para no incurrir en la culpa, la que estará

rondando las fronteras de la fuerza mayor. Es apreciable, por esto, que cuando la medida de la diligencia que se exige es muy estricta, bastará con probar la más mínima o menor imprudencia o negligencia para comprometer la responsabilidad del deudor, la que, a veces, estará muy próxima al caso fortuito.

Alterini (1989) expresa, al respecto, que en lo relativo a las circunstancias de la persona, para la determinación de la culpabilidad, la ley toma en cuenta su mayor capacidad de conocimientos, aptitudes, etcétera, admitiéndose, en forma unánime, que al agente que presenta superiores cualidades o habilidades a las comunes, se lo juzga con mayor rigor.

Dentro de la doctrina, explica Orgáz (1981), los actos culposos se clasifican en actos por comisión y actos por omisión, pudiendo la comisión estar constituida por hechos positivos o negativos y, estos últimos, ser nombrados como actos de comisión por omisión, diferentes de los actos de omisión propiamente dichos.

La conducta denominada por comisión es aquella donde el obrar exceda los mandamientos de la prudencia o la diligencia, o bien se trata de un actuar retaceado, mezquino, que no alcance, por sí mismo, a revestir la suficiente entidad como para ser catalogado de prudente y de diligente.

El proceder por omisión, en cambio, no está referido a una mera inactividad, sino que requiere de la inobservancia de una norma que indica una actividad en algún sentido, y está reservado solamente para aquellos supuestos en los que la ley impone la obligación de cumplir el hecho que se ha omitido y que, como consecuencia final de esa misma omisión al precepto legal, se haya causado un daño.

Es por todo esto que se entiende que esa conducta culposa del agente que está comprendida en el amplio concepto de la omisión de las diligencias que exigiere la índole de las obligaciones, explica Orgáz (1981), será la que podrá presentarse bajo el rostro de imprudencia, impericia o negligencia.

Cuando la fuente de la obligación incumplida, o cumplida en forma deficiente, se ubique en

el marco de un acuerdo de partes, se responderá por los daños causados como consecuencias inmediatas. En cambio, cuando el deber omitido o cumplimentado deficitariamente surja de un mandato o imperativo legal, sostiene Pérez de Leal (1995), se responderá tanto por las consecuencias inmediatas como también por las consecuencias mediatas.

Cabe explicar, antes de continuar, las acepciones correspondientes a imprudencia, negligencia e impericia, siendo que de ellas hablamos cuando tratamos el tema de la culpa.

La imprudencia consiste en una conducta de tipo culposa positiva, en un actuar desmesurado, en exceso, apresurado o de tipo irreflexivo, que provoca un resultado dañoso por no haberse tomado las precauciones que el sentido común indica, o bien por haber actuado con cierta laxitud subestimando las posibles consecuencias dañosas.

En cuanto a la responsabilidad profesional y, en particular, a la médica, explica Pérez de Leal (1995), la imprudencia es tomada como la falta de prudencia, al realizar un acto con ligereza y sin las adecuadas precauciones. La prudencia debe ser una de las virtudes médicas por excelencia, pues es esencial que el médico ejerza su profesión con cordura, moderación, cautela, discreción y cuidado.

La negligencia podrá consistir tanto en una conducta positiva retaceada, es decir en hacer menos de lo que se debe o de aquello que las circunstancias requieren que se haga, interpretándose como una interjección ante el deber legal que ordena actuar, o bien en el incumplimiento liso y llano de un acuerdo de voluntades. Esta faceta de la culpa se caracteriza porque el agente es el que omite la diligencia.

En cuanto a la impericia, es la falta de sabiduría, práctica, experiencia o habilidad en una ciencia o arte.

Las causas más frecuentes que dan origen a los juicios de responsabilidad profesional son, entre otras: la mala relación médico paciente, los sistemas de atención médica colapsados, el exceso de complejidad, la desprotección y desamparo del profesional, la información y difusión indiscriminada de temas médicos, la falta de ética interprofesional, las formaciones de post grado, el

desconocimiento del marco regulatorio legal de la profesión, las cuestiones bioéticas, etc.

Para que haya armonía, entonces, entre derecho y profesionalismo, explica Pérez de Leal (1995), se torna elemento vital la vocación del profesional, ya que esta inclinación natural por alguna de las ramas del saber hará menos probable que el fracaso y la mediocridad aleje de la moral y de la ética, otorgando, a la vez, mayores garantías de un ejercicio responsable y comprometido de la profesión.

El compromiso del profesional es para con la sociedad, siendo su deber el de aportar y colaborar con sus conocimientos para ser útil a ella, solidarizándose con sus preocupaciones y propendiendo al bien común desde su disciplina específica.

Comenta, también, este autor, que es la sociedad la que espera del profesional una respuesta y ansía ser orientada y recibir colaboración para resolver sus problemáticas. Nada resultará más lógico, expresa, si se repara en el hecho de que con la sociedad se mantiene una deuda pendiente e impaga, en mérito a que la cooperación de todos y cada uno de sus integrantes, fue la que hizo factible la formación técnica del profesional.

Para el profesional médico, esta preparación o aptitud alcanzada, requiere de un ejercicio y actualización permanente para poder ser reputada de responsable, exigiendo estudios y actualizaciones para mantener y aumentar la capacitación recibida, en virtud de que el principal compromiso del profesional es la idoneidad, para poder, entonces, actuar en consecuencia con la debida prudencia, diligencia y pericia.

Martínez Paz (1974), dice que a todo privilegio social corresponde un deber de servicio, lo que se manifiesta en una mayor responsabilidad moral.

3.2.6 Marco Legal y Culpa:

En el ámbito del Derecho Penal, se marca la responsabilidad penal sobre la idea de la culpabilidad, la reprochabilidad. Su alcance es personal e individual, motivo por el que las personas jurídicas no pueden ser sujetos activos de un delito.

Como explica Rodríguez Jordán (1999), lo que la ley penal sanciona, es el obrar humano de quien muestra una disposición contraria al orden jurídico, es decir quien sea considerado penalmente responsable de una conducta punible, por haber intervenido en un hecho en carácter de autor, coautor, partícipe, instigador o encubridor.

En derecho penal se considera que la comisión de delito por omisión, no expresamente tipificado, está integrado por la situación de posición de garante del autor; es decir que se configura cuando le corresponde al sujeto una específica función de protección del bien jurídico afectado o una función personal de control de una fuente de peligro en ciertas condiciones. Ambas situaciones lo convierten en garante de la indemnidad del bien jurídico correspondiente en cuatro supuestos que son: la protección del bien jurídico; la comunidad de peligro (haciendo referencia a la participación voluntaria de varias personas en una actividad peligrosa); la asunción voluntaria de la función de protección y el actuar precedente o injerencia (no haciendo referencia a que quien por su conducta provocó una situación de peligro para un bien dolosa, sino a quien lo hace por imprudencia y también está obligado a evitar que dicho peligro se convierta en lesión).

El hombre es un individuo que, normalmente, vive en sociedad. Es en esta situación en la que la problemática de la culpa cobra importancia, debido a que la convivencia exige que su conducta sea orientada de tal forma que el ejercicio de su libertad no coarte la libertad de los demás, independientemente de su profesión, arte o medio en que se desempeñe.

Pérez de Leal (1995) enuncia una definición de derecho, como coexistencia de libertades, basada en el hecho de estar el hombre inserto en una comunidad organizada, que le exige una conducta acorde con ella, que el conjunto entiende que es la correcta. Esta conducta, que será la esperada por todos los integrantes de la sociedad, no podrá encontrarse descripta con exactitud, demarcada en sus límites con precisión por el ordenamiento jurídico, como lo fuera en el Derecho Romano, sino que se ira evaluando conforme a las condiciones de tiempos y de lugar.

La exigencia de la presencia de un ingrediente moral o psicológico en el concepto de culpa,

es materia controvertida en la doctrina, y de ello se ocupan las concepciones subjetivas y objetivas.

Desde la óptica de la corriente subjetiva, se entiende que será culpable quien sea moralmente reprochable. En cambio, para la línea de pensamiento que se enrola en la concepción objetiva, puede existir culpa sin que haya voluntariedad del agente en tal sentido.

Observados los errores de conducta desde la tesis de la culpabilidad objetiva, para ver si la transgresión da lugar a un juicio de reproche fundado en el haber obrado de modo contrario a lo que era esperado o, como expresa Pérez de Leal (1995), en forma diferente a lo que la diligencia y la prudencia promedio indican, se analiza el actuar del agente con prescindencia de su voluntad. La culpa consistirá en un error de conducta, en aquello que no habría cometido una persona prudente y cuidadosa, preocupada por tener en cuenta las eventualidades desgraciadas que pueden derivarse para otro.

Cuando Pérez de Leal (1995) habla sobre los autores franceses que definen la culpa, expone que la esta no es otra cosa que un error de conducta, una falta de actitud que, moralmente, se aprecia según el tipo común del hombre recto y seguro de sus actos.

Bustamante Alsina (1993) sostiene que cuando un individuo ha incurrido en culpa, es porque ese hombre no se ha conducido como habría debido hacerlo, comparando su conducta con la que habría observado en su lugar un hombre prudente y diligente.

Entiéndase, entonces, que la culpa debe apreciarse en abstracto, como la falta de prudencia, de atención, de vigilancia de la propia conducta, consistiendo en la comisión de un acto prohibido o en abstenerse de cumplir un acto al que se está obligado.

La doctrina nacional mayoritaria vigente, coincide conceptualmente en el criterio de los juristas franceses y, al diferenciar el dolo de la culpa, entienden y sostienen que esta última se caracteriza porque, además de la ausencia de la intencionalidad, existe una omisión de la conducta debida, positiva o negativa, que de haberse observado hubiese evitado un daño.

Para poder apreciar la presencia de la culpa, entonces, se debe valorar la conducta del agente,

para ver si su actuar es reprochable por carecer de diligencia o prudencia. En caso afirmativo, se entiende que se está ante un obrar culposo.

Por último, Pérez de Leal (1995) expresa que se puede afirmar que existe culpa cuando por descuido, negligencia, falta de precaución o imprudencia, no se ha obrado como se hubiese debido hacerlo, provocando un daño sin que haya mediado un propósito deliberado del victimario en tal sentido.

En nuestro derecho, de carácter positivo, la culpa consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigen la naturaleza de la obligación y que corresponden a las circunstancias de la persona, de tiempo y de lugar.

En nuestra ley civil el concepto de culpa es genérico, aplicable tanto en el ámbito de la responsabilidad Aquilina como en el de la responsabilidad contractual.

El concepto de culpa es unívoco, pese a que la fuente de la obligación que haga nacer el deber de responder sea distinta, porque la noción de culpa es genérica en el Código Civil argentino. Ese cuerpo legal, tanto en el terreno contractual como en el cuasidelictual, expone los extremos que la configuran, como la omisión de las diligencias que exigen la naturaleza de la obligación y que se corresponden con las circunstancias de la persona, de tiempo y de lugar.

Por lo tanto se incurrirá en culpa y el deber de responder será de carácter contractual, cuando la transgresión se relacione con el incumplimiento, o cumplimiento defectuoso, de una obligación que haya nacido de un acuerdo entre partes. En cambio, estará dentro del campo extracontractual, cuando la obligación reconozca su fuente en el deber legal.

La conducta culposa, en el ámbito civil, recibirá distinto tratamiento según la falta de diligencia, prudencia o impericia, se ubique en uno u otro régimen de responsabilidad, ya sea delictual u obligacional.

En la práctica, sus principales efectos estarán relacionados con la extensión del resarcimiento, el término de la prescripción y la mora, ya que lo atinente a la carga de la prueba y al daño moral

carecerá de mayor relevancia, quedando reservadas las diferencias a un aspecto más de carácter teórico.

Nuestra jurisprudencia, explica Pérez de Leal (1995), se ha pronunciado sosteniendo que la culpa responde a un concepto único, donde la apreciación de la culpa médica, sea ésta de naturaleza extracontractual o que medie entre médico y el enfermo un vínculo derivado de un contrato, se hará siempre en igual forma, ya que la culpa es la misma.

En el ámbito penal la conducta médica a ser sancionable deberá ser típica, lo significa que la conducta deberá de estar configurada en alguno de los tipos del Código Penal. Los artículos de dicho código que conciernen específicamente a esta cuestión son el 84 y el 94, que tratan, respectivamente, sobre el homicidio culposo y las lesiones culposas.

Las consecuencias del accionar culposo podrán ser por el daño en el cuerpo o en la salud, o por la muerte; es decir, serán lesiones u homicidio, ambos de carácter culposo.

Como expresa Montanelli N. (2003), el Código Penal, refiriéndose a la imputabilidad, en su artículo 34, inc. 4º, establece que no es punible el que obrare en cumplimiento de un deber o en legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo; sin embargo, para poder estar encuadrado dentro de esta eximente legal, se requiere que se reúnan ciertas características o condiciones, como que la conducta típica sea realizada frente a un mal grave, mal que amenace en forma real, en forma actual o inminente, de modo que el único medio de conjura sea la lesión de un bien o interés jurídico de terceros.

También explica este autor que, el mal evitado, deberá ser mayor que el que pueda causarse, siendo esta una apreciación objetiva y circunstancial de los requisitos integrantes de dicho acto.

Como se puede apreciar, esta causal de justificación eximirá de responsabilidad al que actúa en cumplimiento de un deber jurídico, no siendo de aplicación en los casos de deberes morales o religiosos.

Tratándose del ejercicio de un derecho, la ley establece límites al obrar, al establecer que ellos

deben ser ejercidos legítimamente.

En nuestro derecho, que es de tipo positivo, la imputabilidad constituye el presupuesto necesario de la capacidad de un sujeto de ser culpable, de modo tal que la suficiencia intelectual y volitiva de aquél, su comprensión o conocimiento de lo que hace en el caso concreto y las posibilidades de actuar conforme a ese saber, son los presupuestos positivos de la responsabilidad penal.

3.2.7 Marco Legal y Daño:

El Código Penal, en el Capítulo II, artículo 89, refiriéndose a las lesiones, dispone que se impondrá prisión de un mes a un año, al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de ese código.

El mismo Código establece que daño en el cuerpo implica cualquier alteración en la integridad física y en la salud, aludiendo a prejuicios en el funcionamiento del organismo del sujeto.

Los daños en el cuerpo, explica Montanelli N. (2003), podrán ser tanto externos como internos, sin la necesidad de que existan dolores o pérdidas de sangre. No obstante, para la jurisprudencia debe de existir un daño verificable.

Por su duración, el daño en el cuerpo no podrá ser de lapso breve o insignificante; para que proceda una acción judicial, se requiere que su duración deberá ser suficientemente prolongada.

El daño en la salud, tampoco deberá ser de corta duración, considerándose como tal, tanto si se produce en lo físico como en lo psíquico.

De aquí se desprende el derecho a disponer del propio cuerpo, atento a que este nace del derecho a la integridad psicofísica y es parte natural y esencial del ser humano. Como describe Cifuentes (1995), el hombre es inteligente y corpóreo, lo que significa que el cuerpo no es algo exterior, separable mecánica o materialmente, distinto o independiente del hombre; no es cosa ni una realidad per se, sino que es la condición que imprime corporeidad a la vida humana.

A partir de aquí se entiende que el ser humano es soberano, porque, a través de su propia

determinación, es quien decide sobre su cuerpo; y no es otro más que él quien ejerce el derecho a la disposición del propio cuerpo.

Hay que tener en cuenta que este derecho, del que estoy hablando, no es absoluto, ya que la persona tiene libre disponibilidad de todos aquellos materiales anatómicos y tejidos, naturalmente renovables y separables del cuerpo humano, como lo son uñas, cabello, sangre, entre otros. Estas dejan de formar parte del cuerpo de la persona y, por lo tanto, son susceptibles de tener un valor pecuniario, como objetos materiales, con el valor de cosa, pudiendo, como expresa Sagarna (1996), ser constituir objeto de un derecho real. Sin embargo, en violación a la ley, la moral, el orden público o las buenas costumbres, no es posible disponer de partes o de la totalidad de su cuerpo.

En conclusión, al derecho a disponer del cuerpo se lo entiende como un derecho personalísimo, que ejerce como titular la persona humana, a partir del poder de autonomía del hombre sobre sí mismo, sin que sea un derecho absoluto.

Según lo expresado por Garay (2003), el derecho a disponer de su propio cuerpo se puede ejercer en los siguientes casos: en beneficio propio, en beneficio de terceros y en interés de la ciencia.

Cuando se habla del beneficio propio, se hace referencia, fundamentalmente, a los actos en los que la persona consiente lesiones a su integridad física, ya sea con mira a la recuperación o al mejoramiento de su cuerpo o de su salud, o por la realización de actividades que importan una asunción de riesgos.

Cuando se alude al beneficio de terceros, son los casos referidos al transplante de órganos, fundamentados en la Ley de Transplante de Órganos y Materiales Anatómicos N° 24.193: la donación de órganos no renovables para ser implantados en personas determinadas o indeterminadas, o para ser utilizados en beneficio de la ciencia. Se marca aquí la diferencia con las partes naturalmente renovables del cuerpo humano, ya que estas pueden ser objeto de donación a título gratuito u oneroso.

Por último, cuando se expresa que sea de interés de la ciencia, se refiere a los casos en que la persona autoriza el uso de su cuerpo, para participar en investigaciones relacionadas a la salud.

Volviendo sobre el tema del daño, se puede afirmar que éste, finalmente, es la razón del deber de responder, ya que sin daño no hay responsabilidad civil.

El daño siempre deberá de estar referido a alguien, ya que no se lo toma como daño puro o lesión en el sentido abstracto, sino que debe haber un damnificado, con un menoscabo o pérdida. En este sentido, el Código Civil indica que no habrá acto ilícito punible si no hubiese daño causado u otro acto exterior que lo pueda causar; esto es lo que lleva a sostener que no hay responsabilidad sin daño.

El daño estará justificado legalmente y, en principio, no surgirá la obligación de responder, cuando ocurran causales de inimputabilidad en la persona del autor o inculpabilidad del agente, incausalidad o por la justificación del hecho, ya sea por la ley o por el consentimiento de la víctima. Se dan las causales de inimputabilidad, cuando la persona del autor es menor de diez años o se trata de dementes.

La inculpabilidad del agente será considerada, cuando su voluntad se encuentre viciada por error o violencia.

Por su parte, la incausalidad se produce cuando se interrumpe el nexo causal por un hecho ajeno, por caso fortuito o fuerza mayor, o por el hecho de un tercero por quien no pese la obligación legal de responder, o por el hecho exclusivo de la víctima.

Por último, como expone Pérez de Leal (1995), el daño estará justificado legalmente cuando se deba al estado de necesidad, legítima defensa, ejercicio de un derecho o cumplimiento de un deber de tipo legal.

El daño, en nuestro Código Civil, se presenta como el principal elemento de la responsabilidad, siendo el primero en constituirla, debido a que es necesario que exista el daño para que se configure la obligación de reparar.

La jurisprudencia argentina se ha pronunciado por la protección a los bienes materiales y espirituales, de toda lesión que se les pueda inferir, en cuanto al interés que representan o que estén destinados a satisfacer, aludiéndose al perjuicio causado sobre las cosas que están bajo el dominio o la posesión de la víctima, o al daño a su persona o sus facultades.

Las cosas o los bienes considerados, son todos aquellos destinados a satisfacer una necesidad, siendo la imposibilidad o la mengua de la satisfacción de esa necesidad sobre la que recae la protección aludida; se trata de una necesidad o utilidad considerada relevante.

Es esa necesidad o utilidad la que le interesa a nuestra jurisprudencia. El objeto de la protección no es el bien en sí mismo, sino el interés que deba satisfacer dicho bien.

Los bienes son contemplados por el derecho con una función práctica, con el fin de que se pueda gozar de ellos satisfaciendo un interés en particular.

Conforme expresa Pérez de Leal (1995), partiendo de la base de que el objeto tutelar del derecho es aquello que el daño vulnera, se puede decir que habrá daño cuando se produzca un deterioro o pérdida de un bien, ocasionándose una lesión a un interés jurídico patrimonial o extrapatrimonial.

También está presente en la doctrina, esta corriente de pensamiento que contempla al daño como una lesión a un interés, en la que algunos autores hacen hincapié en la lesión a un bien jurídico, mientras que otros enfatizan las consecuencias de la lesión.

Como explica Pérez de Leal (1995), por un lado se sostiene el menoscabo que experimenta el patrimonio por el detrimento de los valores económicos que lo comprometen y, por el otro, también se considera la lesión a los sentimientos, al honor y a las afecciones legítimas.

En conclusión, se conceptualiza al daño como el menoscabo, que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado, sufre una persona, en sus bienes vitales naturales o en su propiedad o en su patrimonio, siendo el interés que ese bien representa el bien jurídico protegido.

También sostiene este autor que el Derecho no debe considerar a los daños en sí mismos, sino

en sus efectos y, por lo tanto, el daño consiste en la diferencia que existe entre el valor actual del patrimonio del acreedor y el que tendría de haberse cumplido la exactamente obligación, porque este daño es el valor de la pérdida que haya sufrido el acreedor, siendo no consentido en una consecuencia que pueda ser reparada de alguna forma.

Quienes se posicionan en esta última línea de pensamiento, explica Pérez de Leal (1995), fundamentan su opinión en que las consecuencias del daño son las que nos brindarán el parámetro para determinar su extensión y límites, ya que es el resultado disvalioso lo que la reparación procura subsanar, y por tal motivo esta postura es válida al momento de medir el perjuicio y a efectos de determinar su alcance.

El daño a alguien merece ser contemplado cualquiera fuera su dimensión, ya que casi nada no es igual a nada, sino que es algo, y aunque para algunos es intrascendente para otros es vital. Por lo tanto, aunque el daño sea mínimo debe ser indemnizado, afirma Pérez de Leal (1995).

El daño en sí es clasificable y el derecho protege, como ya se expresó, los bienes por su capacidad para satisfacer necesidades humanas. Estos bienes no son tutelados por el derecho en función del valor que por sí representan (ya que la lesión material que se irroga a un bien corresponde al concepto de daño en su estricto sentido natural), sino por su capacidad de satisfacer necesidades humanas, creando en las personas un interés sobre el bien en cuestión; este interés es lo que merece tutela jurídica.

El menoscabo o la lesión puede afectar dos tipos de intereses: patrimoniales y no patrimoniales. Al respecto, afirma Pérez de Leal (1995), que sólo existen dos tipos de daños: aquellos que lesionan intereses patrimoniales de las personas, o daños de orden extra patrimonial o moral.

A las lesiones de intereses de orden material le importa un daño patrimonial que puede presentarse en distintas formas: como daño actual o futuro, como lucro cesante o daño emergente, como daño directo o indirecto, o bien, reconociendo su fuente en una relación contractual o Aquiliana.

El daño actual es el que existe en el presente; el que sufrió la víctima al momento de dictarse la sentencia.

El daño futuro es aquél que se presenta en germen, teniéndose la certeza de que acaecerá en un tiempo posterior al presente.

El lucro cesante es una forma de daño patrimonial que consiste en la pérdida de una ganancia legítima o de una utilidad económica, como consecuencia del daño, que no se habría producido si el evento dañino no se hubiera verificado.

El daño emergente, es el valor de la pérdida sufrida o el perjuicio efectivamente experimentado.

El daño patrimonial también podrá discriminarse en directo o indirecto, dado que el deterioro o la pérdida de un bien podrán lesionar en forma directa o indirecta un interés patrimonial.

El daño patrimonial podrá catalogarse de indirecto cuando el perjuicio sufrido recaiga directamente sobre intereses de índole extra patrimonial, como sucede en los supuestos de lesiones a la integridad psicofísica, originando, a su vez, gastos tales como los de asistencia médica, o dejando como saldo incapacidades futuras, o imposibilitando a la víctima de forma temporaria o permanente de procurarse ganancias, situaciones éstas que, en su caso, podrán ser objeto de resarcimiento.

El daño patrimonial podrá catalogarse de directo cuando el perjuicio es en intereses de orden extra patrimonial, repercutiendo desfavorablemente y de modo directo sobre el patrimonio de la víctima. Daño directo es todo perjuicio o menoscabo ocasionado de manera inmediata sobre los bienes o sobre las personas.

Habrá daño moral cuando se infiere un menoscabo a un interés de naturaleza no patrimonial, interés extra patrimonial o moral que no abarque necesidades.

El daño moral, al igual que el patrimonial, podrá ser directo o indirecto; es directo cuando la prestación incumplida lesiona, exclusivamente, un interés extra patrimonial; es indirecto cuando deviene como consecuencia de una lesión directa a un interés patrimonial.

El daño médico es el que afecta a los derechos personalísimos o derechos de la personalidad, tutelados por las normas del Código Civil. Sobre estos bienes jurídicos, la persona posee interés de orden moral y patrimonial, que le otorgan la facultad de repeler toda agresión que sobre ellos recaiga y el derecho a ser resarcida ante una minoración experimentada.

Ese menoscabo o lesión a estos derechos personalísimos son un daño resarcible que, por regla general, se traducirá en daño directo extra patrimonial, quedando su indemnización enmarcada en el daño moral; no obstante ello, explica Pérez de Leal (1995), cuando el menoscabo a un derecho extra patrimonial provoque indirectamente perjuicios de orden material, podrá configurarse un daño patrimonial indirecto.

La actividad profesional del médico se encuentra estrechamente vinculada con los derechos personalísimos, razón por la que, el facultativo, deberá ser extremadamente cuidadoso en el recto ejercicio del derecho emanado de su título universitario y de la habilitación profesional que se le otorgue.

Por lo expuesto, se infiere que pesa sobre el galeno la obligación de actuar dentro del marco propio de las facultades que la ley le otorga y la de acatar los deberes jurídicos que sobre él recaen, tratando que su actividad no exceda los límites legales impuestos, ni contraríe los fines para los cuales el derecho fue reconocido.

La prestación debida por los profesionales de la salud, en especial de la medicina es, por norma, personalísima, perfeccionándose un contrato de confianza entre el facultativo y el paciente. Es por ello que el facultativo, por regla general, responderá por el hecho propio, ya sea que haya incurrido en dolo o en culpa, en cualquiera de sus aspectos: impericia, imprudencia o negligencia.

En ciertas especialidades, o frente a determinadas circunstancias, y de acuerdo a la dolencia que se experimente en el paciente, o de la práctica a realizar, el acto médico puede presentarse como acto colectivo o de pluriparticipación profesional.

En esta actividad hay que considerar un punto fundamental, inherente a la propia condición

humana, que es la posibilidad de cometer un error, de la que, de ningún modo, se encuentra a salvo el profesional de la salud. Si errar es humano, el médico no puede estar exento de cometer errores; más aún cuando a su propia actividad se le adiciona una gran cantidad de factores exógenos y endógenos que impiden predecir con exactitud el curso posterior de la enfermedad.

Al médico, por lo tanto, no se le puede imponer el deber de acertar con exactitud matemática, ya que él actúa en un terreno en el que, muchas veces, la decisión a adoptar es un mero juicio conjetural; de ello deviene la inadmisión de la infabilidad del médico.

Tampoco se deberá perder de vista que la ciencia médica tiene sus limitaciones y que, en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades, existe siempre una zona de puede escapar del cálculo riguroso, o a las previsiones más prudentes, obligando esto a restringir el campo de la responsabilidad.

Como explica Pérez de Leal (1995), el concepto de error profesional no puede entenderse sino en correlación al concepto ontológico y general del error. Llevando este concepto de error al ámbito estrictamente profesional, se entenderá que este es una falsa representación de la realidad que recepta el facultativo, en relación a la cuestión puramente técnica a definir.

También este autor hace referencia a la diferencia entre error y culpa, centrando su exposición en la existencia o inexistencia de transgresión a una regla o a un deber jurídico en la conducta tenida por el agente; frente a esto, sostiene que sólo en el supuesto de darse tal violación, podrá entenderse que se está en el campo propio de la culpa.

En este sentido, se puede afirmar que el error sería el género y la culpa constituiría la especie, existiendo entre ellos una diferencia de carácter cualitativo, porque en el error no hay conducta reprochable, mientras que sí la hay en la culpa. El error nunca podrá ser objeto de incriminación, lo que no sucede con la culpa. Para que nazca el deber de responder, no basta con el simple error; es necesario que el profesional haya incurrido en culpa.

Explica Pérez de Leal (1995) que el error de diagnóstico, por sí sólo, no basta para hacer

surgir la responsabilidad del médico; para que ésta exista debe haberse procedido con culpa o negligencia.

El simple error de diagnóstico, no es suficiente para responsabilizar al profesional, por tratarse de una rama del saber en la que predomina la materia opinable, resultando difícil fijar los límites exactos entre lo correcto y lo que no lo es; por lo tanto, el error de diagnóstico debe estar determinado por la culpa, para que origine responsabilidad. El error de hecho no perjudica, cuando ha habido razón para errar, pero no podrá alegarse cuando la ignorancia del verdadero estado de las cosas proviene de una negligencia culpable.

Debe destacarse que existe un error de hecho excusable, cuando, por ejemplo, se rotula al paciente con un determinado diagnóstico, sin haberse practicado los estudios que autorizan a dudar del mismo.

Pérez de Leal (1995) sostiene que, legalmente, se hablará de error cuando no ha existido obrar culposo del agente y, en el supuesto de que el profesional hubiese incurrido en culpa, cuando la obligación asumida de un deber de medios, de prudencia, de diligencia, la no culpa o inculpabilidad del profesional, lo eximan de responder.

Dejando de lado el error y frente a la presencia de un obrar culposo de un facultativo, no siempre esta falla de conducta del profesional será suficiente para inferir de ella la responsabilidad del agente.

El médico será responsable por su culpa en el supuesto de ser tal situación objetivamente injustificable para el modelo abstracto de profesional de su clase, pero se exoneraría de responder si el equívoco es de apreciación subjetiva, por tratarse de un tema o materia opinable, ya que, como explica Pérez de Leal (1995), la culpa comienza cuando terminan las discusiones científicas, por lo que no cabe atribuir incumplimiento culposo al médico que utiliza un método, estando divididas las opiniones respecto de la posible utilización de otros para intentar resolver el mismo problema.

Por lo general, el error en el tratamiento o en la medicalización, reconoce su origen en un

diagnóstico equivocado, quedando entendido que el diagnóstico y el tratamiento se complementan. Por este motivo, para atribuir responsabilidad al profesional actuante, es criterio de la jurisprudencia que se requiere una conducta culposa bien definida, identificable con la imprudencia o negligencia, cualquiera de ellas de carácter grave e inexcusable por groseras.

El error de diagnóstico, para que se pueda considerar como un factor de imputabilidad al médico, debe obedecer a una apreciación grosera, producto de negligencia o impericia en la averiguación de las causas motivadoras de la enfermedad. Queda descartado el simple error de diagnóstico o de tratamiento, que no es suficiente para generar la obligación resarcitoria, porque en una rama del saber donde predomina la materia opinable y resulta difícil fijar contornos para limitar qué es lo correcto y qué no lo es. Por esta razón, es exigible al médico el grado de capacidad y de diligenciamiento usual, común a los miembros de su profesión.

Pese a lo expuesto, se ha decidido responsabilizar al médico cuando se recetan medicamentos contraindicados, o cuando se desconoce la composición química del fármaco prescrito, o cuando resulta necesario extremar los recaudos por tratarse de un paciente alérgico, o cuando se omiten tratamientos o medicaciones indispensables a la enfermedad o lesión sufrida por éste.

Pérez de Leal (1995) explica que, el sólo hecho de conocer que se está asistiendo a una persona alérgica a la droga, le impone al médico, habida cuenta de su formación técnico práctico y profesional, extremar los recaudos a tomar, atento a los riesgos que podría correr el paciente por la selección del material terapéutico. En este caso, el hecho de que existan gran cantidad de productos, no exime al profesional de la salud de ninguna responsabilidad; por el contrario, esto crea en el galeno una obligación mayor de conocer qué es lo que se receta, más aún cuando, por la especial característica del paciente, su vida pueda estar en peligro.

Se entenderá, entonces, que la mala práctica profesional queda comprobada al recetar o al indicar un medicamento especialmente contraindicado para el paciente, como así también, que hay impericia médica en el caso de que no se haya indicado la terapéutica pertinente para un caso

determinado.

Por lo expuesto, se puede entender que al tratar el tema de la responsabilidad médica, en el sentido amplio, resulta indispensable referirse, en conjunto, a los principios deontológicos que nutren a la profesión de la salud y que, con base en una moral común, son impuestos socialmente. Por esta razón, si bien toda profesión implica un compromiso para con la sociedad, esta función social se verá acentuada en el caso particular de la medicina, por las características especiales que rodean a los bienes que la comunidad, en general, y el paciente, en particular, confían a los profesionales encargados.

La responsabilidad médica es, según se puede entender, un factor subjetivo de imputación, en la que tiene gran importancia la culpa como fundamento del deber de responder, sin tenerse en cuenta que, a excepción de dos especialidades, en esta profesión la obligación no es de resultados sino de medios. El médico se encuentra impedido, legal y éticamente, de asegurar la curación del paciente.

Sólo excepcionalmente, como podemos apreciar, la atribución de responsabilidad al profesional de la salud se fundará en factores objetivos como riesgo, seguridad y garantía. Por lo tanto, su deber de responder surgirá, generalmente, frente a la producción de una lesión, ya sea en el cuerpo o en la salud del paciente.

Respecto de las lesiones, sabemos se clasifican en el Código Penal en leves, graves y gravísimas.

Las lesiones de carácter leve, explica Montanelli N. (2003), serán definidas por la ley por la mera exclusión; es decir que serán leves las que no encuadren dentro de las clasificadas como lesiones graves o gravísimas, quedando comprendidas dentro de ellas solamente las excoriaciones, desgarros, heridas, hematomas, contusiones, equimosis, etcétera. Nuestra jurisprudencia ha expresado, refiriéndose a ellas, que por mínima que sea la lesión, es indudable que esta produce una alteración en el cuerpo o en la salud.

El Código Penal, en su artículo 90, al tratar el tema de las lesiones, dice que “se impondrá reclusión o prisión de uno a seis años, si la lesión produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro”.

Cabe aclarar que, respecto de la debilitación mencionada en el artículo citado, consiste en la disminución de capacidades funcionales y pérdida de vigor del organismo, la que debe ser de extensa duración, aunque no sea perpetua. Es decir que éste daño, sin alterar totalmente el funcionamiento del organismo, lo predispone en forma permanente a enfermedades, debilidad y fatigas.

Como se puede apreciar, las ciencias del derecho y la medicina se interrelacionan, encontrándose ambas subordinadas a la ética. Ello, debido a la gran influencia que ejerce el médico sobre el individuo y la sociedad y por la constante evolución de la medicina, lo que ha obligado a modificar conceptos jurídicos como el de muerte, concepción y enfermedad, entre otros.

La mencionada evolución también ha llevado a modificar la calificación de curativa que tenía el derecho respecto de la medicina, debido a que en la actualidad la medicina se ha convertido en modificativa, haciéndose relevante e importante la codificación de la actividad médica.

De lo expuesto se puede deducir que, cuanto más potente y eficaz se vuelve la medicina, más rigurosa y mejor conocidas deben ser las normas de protección del individuo, a fin de salvaguardarlo de un modo más eficiente, tendiendo a evitar que los médicos olviden el deber prioritariamente humanístico de su actividad y que recuerden que es su obligación la de asistir a los enfermos cuando su gravedad así lo impone. Dicha obligación de asistencia se mantiene, en caso de que el médico haya decidido no prestarla, hasta el momento en que sea posible delegar al enfermo a otro profesional o al servicio médico correspondiente.

El derecho tiene por finalidad el cumplimiento de aquellos deberes impuestos por la moral profesional, las que presuponen reglas deontológicas que resultan suficientes para regular el tema.

En relación a esto, actualmente se observan dos vertientes en el pensamiento médico: una hace hincapié en preguntas de tono ético, mientras que la otra tiene vinculación con la juridización de la medicina, llevándola a diseñar contratos de todo tipo con el fin de regular la relación médico paciente y las relaciones de instituciones médicas con médicos y pacientes.

3.2.8 Marco Legal y Lex Artis:

En la actualidad se entiende como Lex Artis al conjunto de prácticas médicas aceptadas, generalmente, como adecuadas para tratar a los enfermos. Constituye el conjunto de disposiciones de orden médico técnico y de aquellas costumbres no escritas que funcionan como indicadores de la conducta médica.

Con respecto a las causas que motivan los juicios por responsabilidad profesional, puede decirse que su origen es multifactorial, por lo que resulta interesante analizar los factores que inciden en las demandas judiciales.

Según expresa Patitó (2003), uno de los más frecuentes es la mala relación entre el médico y el paciente, con concomitancia con la familia de éste; ello se debe a que el deterioro de la relación actúa como potenciador de elementos múltiples de la personalidad humana, tanto en el médico que puede tornarse agresivo, como también en la expresión de desconfianza del paciente, o de las familias que adoptan una actitud querellante.

Otra causa que motiva las demandas, es la saturación del sistema de atención médica, por presentar una infraestructura insuficiente y recursos humanos sobrepasados en su capacidad asistencial.

Por estas razones, sostiene Patitó (2003), es que se despersonaliza y deshumaniza a la medicina, llegando al punto en que se realizan las consultas contra reloj o que el paciente desconozca el nombre del médico que le realiza el estudio.

La excesiva complejidad de las técnicas empleadas en los estudios complementarios, son otro factor interviniente, ya que, por un lado, la super especialización y la aparición de nuevos y

sofisticados aparatos han generados nuevos daños y, por otro lado, la dificultad de la incomunicación entre los médicos especialistas y sub especialistas, que superponen entre ellos las áreas de estudios, haciendo que el paciente realice varias veces el mismo estudio para aportarlo a los diferentes especialistas.

Todo esto, sumado al tremendo arsenal terapéutico actual, ha provocado en el ideario mágico colectivo, la creencia de que existe la posibilidad de vencer cualquier patología, incluso las inexorablemente mortales.

Otro factor que interviene y desgasta tanto al paciente como al profesional médico, ocasionando en ellos la sensación de desprotección y de desamparo, es la falta o falla de infraestructura y recursos materiales en los centros asistenciales. Este factor condiciona el resultado de las prácticas del médico, cuando éste debe prestar atención y servicio en esas condiciones.

Por otro lado, el acceso indiscriminado de la población a temas médicos, a través de internet y de las redes sociales, motiva que los pacientes o sus familias reclamen que se realicen determinados estudios o terapéuticas, demandando judicialmente al médico que justificadamente se niega o ante el fracaso del tratamiento instaurado, diferente al que la familia requirió.

Patitó (2003) plantea otro problema, denominándolo “correveidile” o “lechuceada”, que consiste en la acción del propio personal del establecimiento asistencial sanitario de informar, generalmente a cambio de dinero (corretaje), supuestas situaciones irregulares que podrían dar lugar a demandas judiciales, constituyendo así un eslabón más en la industria del juicio.

En algunas ocasiones, los comentarios inapropiados, gestos o indiscreciones infundadas del proceder de otro colega, realizado, inclusive, por personas que intervienen en estrecha colaboración en las tareas del otro profesional, acentúan la desconfianza sobre el accionar médico.

El desconocimiento del marco legal regulatorio de la profesión, contribuye a que no se tome debida conciencia de la delicada situación en la que se trabaja, con el consecuente peligro de permitir conductas indolentes o actitudes de minimización. Lamentablemente, en la mayoría de las veces, los

profesionales no tienen en cuenta esta cuestión y, por ello, no buscan tener un asesoramiento preventivo que les sirva para evitar el riesgo de una demanda. La práctica normal es que el profesional se preocupe por asesorarse cuando la demanda ya está instaurada.

Finalmente, Patitó (2003) reflexiona respecto del origen de los juicios, expresando que subyace como fenómeno en crisis, la mala relación entre el médico y el paciente.

La medicina se ordena, sobre todo, al bien integral de la persona, mientras que el derecho se refiere, primariamente, al bien común, para luego interesarse en el bien de la persona. De este modo, la medicina se encuentra sujeta a la ética, a las normas deontológicas y a aquellas leyes que regulan el derecho y los deberes de médicos y pacientes.

3.3. Bioética:

La ética, o filosofía moral, es la rama de la filosofía que estudia la conducta humana, lo correcto y lo incorrecto, lo bueno y lo malo, la moral, el buen vivir, la virtud, la felicidad y el deber.

Ética y moral son conceptos muy relacionados que, a veces, se usan como sinónimos, pero que tradicionalmente se diferencian entre sí porque la ética es la disciplina académica que estudia la moral.

Por su parte, la ética médica, es el conjunto de principios y normas morales que regulan la asistencia médica.

El término bioética, aparecido en 1971, expresa la ética de la vida biológica, tratando de sustituir otros términos como ética médica o deontología médica, con un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático. Este término permite la incorporación de otros profesionales de las ciencias de la vida o del derecho; es decir, la parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en la medicina y las ciencias de la vida.

En consecuencia, la ética médica, también llamada bioética, es la nueva disciplina que interviene en la relación médico paciente, marcándole al hombre de ciencia que si bien puede realizar

su praxis teniendo a su disposición la técnica, ella tendrá que ser tamizada por el análisis con conciencia de los valores morales, lo que significa que cada científico o médico debe hacer un ejercicio de reflexión ética, tendiente a indicarle al profesional sanitario que ese acto es conforme a los principios universales de la ética.

En conclusión, el profesional de la salud debe obrar conforme a una concepción humanista, a los fines de proteger la dignidad de la persona humana a la que brinda su servicio, es decir al paciente.

En la práctica asistencial, referida a la toma de decisiones éticas en el quehacer diario de la actividad profesional, los cambios socioculturales han demostrado que las personas afectadas de una enfermedad no están incapacitadas moralmente para decidir, por lo que, en su condición de tal, deben de ser tratadas con respeto de su integridad y dignidad.

En palabras de Oscar E. Garay (1994), el accionar de los profesionales del equipo de salud debe ser acorde a la doctrina de los derechos humanos. Según explica, desde esa fundamental norma ética y jurídica que es la Declaración de los Derechos Humanos (1948), los profesionales del arte de curar deben tener como guía los valores indivisibles y universales que son la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad, los cuales, según sus palabras, se despliegan en plenitud bajo la influencia de los principios de la democracia y del Estado de Derecho.

Al respecto, la doctrina de los derechos humanos, establece que la dignidad humana es inviolable; que será respetada y protegida; que toda persona tiene derecho a la vida; que nadie podrá ser condenado a la pena de muerte ni ejecutado; que toda persona tiene derecho a la integridad física y psíquica; que nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes, y que en el marco de la medicina, como describe Garay (1994), se respetarán, en particular, el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley.

También forma parte del cimiento filosófico y jurídico de los derechos fundamentales de los

pacientes, los que se conocen como derechos personalísimos, aquellos inherentes a la persona por el sólo hecho de ser tal, lo que significa que son innatos, esenciales y vitalicios, como el derecho inalienable a la vida, a la integridad psicofísica, a la salud, a la libertad y a la igualdad.

La ética médica tiene una larga historia, ya que en el Código de Hammurabi (1.700 a. C.) hay referencias al acto médico, tratándose, sobre todo, de aspectos de mala praxis, como así también en el *Corpus Hippocraticum*, conjunto de unos cincuenta escritos médicos, redactado entre el siglo XI y V a.C., que abarcan más de mil páginas y que se han atribuido clásicamente a Hipócrates, padre de la medicina contemporánea, por lo que representan el legado de la biblioteca de la escuela hipocrática.

Castiglioni, mencionado por Lardies González (1995), expresó que en el Corpus se definían o componían tres libros, llamados éticos, médicos y quirúrgicos. En el primero se encontraba, entre otros, el contenido del Juramento Hipocrático, que por la precisión de sus mandatos, lo fácil de su aplicación y la diafanidad de todo lo que allí se dejaba dicho, era comprensible y transparente.

La ética médica que se desprende de éstos escritos, así como de los de Galeno (130- 200 a.C.), es una ética de logros externos y no de intenciones internas, porque lo que se busca es se practique el arte médico en beneficio del paciente, recibiendo un pago justo por el propio vivir.

Desde la concepción hipocrática tradicional, no se concibieron los derechos de los pacientes, porque ni en el juramento hipocrático, ni en el código de ética médica, ni en las declaraciones de naturaleza ética, se tuvieron en cuenta, como explica Garrido (1994), los derechos de los sujetos a quienes se destinaba el servicio médico; el paciente no era tenido en cuenta, porque debido a su situación de enfermo se lo consideraba incompetente moral, recayendo las decisiones sobre su salud en el médico actuante.

Durante los primeros siglos de la era cristiana, la unión entre intención y eficacia creció de manera tal que Scribonius (120-155 d.C.) la llamó profesión, como derivación del término latín *professio* que significaba confesión pública o promesa; este término marca las implicaciones éticas del trabajo, la idea de obligaciones por parte de los comprometidos con el arte o la ciencia médica.

Los deberes éticos de estas normas morales, imponían en los galenos la conciencia de obrar en beneficio de sus pacientes, de adecuar sus actos médicos conforme a lo bueno, lo correcto, lo justo y lo que es moralmente beneficioso para el paciente.

Con el correr del tiempo, se fue produciendo un resquebrajamiento de las fuerzas morales en la conciencia de los hombres y, en palabras de Garrido (1994), si ellas no eran respetadas, no había más sanciones para quienes actuaran quebrantando los deberes morales que el reproche de su propia conciencia.

3.4. Derechos del paciente:

Con el devenir del liberalismo, el componente paternalista decisorio con el que obraba el médico, fue tornando, principalmente a través de la valoración del principio de autonomía, en la Declaración de los Derechos Humanos, destacando el respeto a la dignidad de las personas y el respeto a la vida. Esto, acompañado por los movimientos en pro de los derechos civiles, trajo como resultado que se tuvieran en cuenta los derechos de los pacientes, principalmente su dignidad como persona humana y el derecho a la libertad de decidir por sí mismo.

A partir de la década del '70, del siglo XX, como refiere Garay (1994), comienzan a plasmarse en declaraciones los derechos de los pacientes, contribuyendo al reconocimiento y desarrollo de ellos y sirviendo como fundamento ético y jurídico para el resguardo de los derechos a la vida, a la salud y a la dignidad de la persona enferma.

De esta manera, quienes tienen que decidir o gestionar, o quienes tienen que ejercer determinada actividad profesional, deberán de hacerlo respetando los derechos humanos de los pacientes.

Para entender quién es el paciente, debemos partir de la base que persona es el individuo de la especie humana que, según explica Garay (1994), naturalmente es el hombre o la mujer que reúne las características intrínsecas de racionalidad, dignidad y libertad.

Las características anteriormente enumeradas, expresadas por Garay (1994), hablan de la

persona que goza de buena salud, de la persona sana, entendiéndose por tal aquella que percibe la sensación de bienestar biológico, psicológico y social, cuando se siente íntegra; es aquella que, por falta de afecciones físicas y mentales, pueda moverse y comunicarse en libertad.

Se podría afirmar también, según lo expresa Lorenzetti R. (1997), que una persona está sana cuando percibe signos y sensaciones, como el de bienestar psicosomático y social, entendiéndolo como el no percibimiento de malestar interior, social o familia, laboral o del entorno; percepción de la integridad de su ser, sin señales de destrucción ni de muerte; libertad de acción, sin limitaciones físicas ni mentales; y capacidad de comunicación sin aislamiento social.

Estas características de estar sano, de hombre en plenitud de su salud psicofísica, son contrapuestas a lo que se caracteriza como hombre enfermo: persona que padece una enfermedad.

Explica Garay (1994), que en esta condición está el hombre que padece o soporta, física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo. Es la persona que está sufriendo un malestar, que está padeciendo un dolor o un sufrimiento, provocado por la enfermedad.

Por lo expuesto, se puede concebir que cuando el hombre está padeciendo una enfermedad, se transforma todo su ser, con limitaciones en su actividad; la enfermedad hace variar su comportamiento y su expresión de comunicación social.

Este padecer se presenta en el sujeto a través del dolor y el sufrir, entendiéndose como dolor, según lo expone Díaz C. (1965), a la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo, por causa interior o exterior, como el mecanismo de alarma que altera el estado de bienestar de una persona y causa una reacción emotiva y comportamental.

Ese dolor, que tiene un componente físico, también tendrá un componente psicológico y cultural, que generará en el individuo una sensación desagradable de displacer.

Por lo tanto, la enfermedad será entendida como la alteración, más o menos grave, de la salud, siendo éste concepto dado por los médicos, para clasificar las diversas alteraciones físicas y psicológicas que afectan al ser humano.

Según lo expresa Garay (1994), la enfermedad es un acto humano que importa una reducción letal (temporaria o definitiva) de los niveles de realización de la personalidad, hasta límites incompatibles con la dignidad de la condición humana, consecuencia de fracasos (parciales o totales) de sus sistemas defensivos (biológicos, psicológicos o socioculturales, o todos), que producen alteraciones orgánicas y funcionales y que se manifiesta por formas de adaptación inadecuadas o dolorosas y afligentes.

En consecuencia, a éste ser humano al que lo ha disminuido la enfermedad y que, por ello, necesita del médico, lo llamaremos paciente, entendiéndolo como la persona que padece física y corporalmente una dolencia. El paciente será la persona que, por la especial situación por la que atraviesa, necesita de un médico para que lo cure, alivie y/o cuide o consuele. También en palabras de Garay (1994), es la persona que necesita que sean respetados sus derechos humanos fundamentales.

3.4 Deontología Médica:

A este nivel se torna ineludible hacer una breve referencia de ciertos aspectos deontológicos que rigen la actividad médica, ya que en sus principios se complementan y nutren el estudio de la responsabilidad de los profesionales médicos en la esfera jurídica.

Como se ha expresado anteriormente, la moral y el derecho se encuentran íntimamente vinculados; una le da vida al otro y le otorga sustento, ya que son sus principios los que lo mantienen vigente. Esto sugiere que toda conducta comprometida genera, en principio, deberes morales, siendo estos deberes los que se plasmarán en el ordenamiento jurídico.

El deber primero del profesional, como fuera expuesto por Pérez de Leal (1995), es para con la sociedad, siendo la abogacía y la medicina las disciplinas en las que el carácter social de su ejercicio se encuentran más acentuados y se presentan más palpables, en razón de que la labor de estos profesionales generalmente se encamina a la colaboración con la comunidad en sus necesidades más vitales y primarias.

Es el carácter social que se le atribuye al quehacer de los profesionales nombrados lo que genera, como explica Pérez de Leal (1995), deberes morales y jurídicos que, a su vez, traerán aparejados sus correlativas sanciones, cuando el compromiso asumido sea incumplido.

En el orden moral, el castigo de las conductas del transgresor, como sigue el comentario de Pérez de Leal (1995), recaerá sobre su fuero íntimo, siendo las condenas generalmente dolorosas y severas, abarcando una nutrida gama de penalidades, desde el ostracismo al desprecio.

Dentro del aspecto jurídico, las leyes que regulan la vida del hombre inserto en la sociedad son las que sancionarán a aquellas conductas que transgredan el orden normativo ya preestablecido. En este ámbito, dentro de la esfera del Derecho Penal las condenas serán represivas, mientras que en la esfera del Derecho Civil las condenas serán o intentarán ser reparadoras.

Se deberá tener en cuenta y siempre presente que el ejercicio profesional es, en mayor o menor grado, sacrificado, por lo que corresponde, como expresa Pérez de Leal (1995), que se asuma vocacionalmente el compromiso que de tal actividad surge. Es esta actitud frente al desempeño profesional la que, según su expresión, tendrá capital importancia en una actividad como la medicina, estrechamente relacionada con bienes tan trascendentes como lo son la vida, la salud y la integridad física y psíquica del sujeto; estos son ellos bienes que se encuentran por fuera del comercio, de carácter inalienable y absoluto, porque forman parte de los derechos personalísimos y gozan, como expone Mosset Iturraspe (1985), de protección legal, ya que en ellos se encuentra comprometido tanto el orden jurídico como el social.

Emotivamente, sostiene Pérez de Leal (1995), tal vez ninguna profesión como la medicina exija tan especial abnegación, ya que es improbable que haya otra tan sacrificada, tan valorada por el hombre y que requiera tal grado de desprendimiento, porque el médico es quien a diario expone su vida y su salud al desarrollar una actividad preocupante y desgastadora, psíquica y físicamente.

Este autor también dice que el juramento médico implica un pacto indisoluble con los valores éticos y morales, siendo este el fundamento de la permanencia de su espíritu en el tiempo, porque se

refiere al respeto a los maestros, a la ascética médica, a un embanderamiento a favor de la vida y a la reserva y el secreto profesional.

Comenta también que al final del juramento hipocrático se expone que si se lo cumpliera íntegramente, se podrá gozar de la vida y del arte de curar y disfrutar de la perenne estima entre los hombres, pero que si es quebrantado, la misma conciencia y el honor de la profesión médica lo demandarán.

La relevancia que estos principios morales adquieren en la profesión médica se evidencia en códigos de ética internacionales, tales como los de Nüremberg, la Declaración de Ginebra y el Código Internacional de Ética Médica, así como también en el Código de Ética Médica vigente en nuestro país.

La Confederación Médica Argentina, tiene aprobado un conjunto de normas que rigen en este aspecto a la profesión, haciendo referencia, entre otros temas, a los deberes de los médicos para con la sociedad. En este sentido, establece el deber de no utilizar los conocimientos médicos en contra de la humanidad, condena las prácticas incapacitantes y ordena no hacer distinciones fundadas en la nacionalidad, la religión, las creencias políticas y las diferencias sociales.

Como bien expone Pérez de Leal (1995), se privilegia la vida por sobre la preocupación de obtener compensación económica, destacándose la circunspección, el honor, la pureza de costumbres y la templanza, como aditamento indispensable en la práctica profesional.

La praxis profesional médica deberá tener como prioridad, respecto del paciente, el respeto al principio de dignidad de la persona, porque constituye el núcleo central de los derechos humanos y es uno de los derechos fundamentales de las personas, siendo, por su trascendencia, fundamento constitutivo de la bioética.

Al analizar la Declaración de Ginebra de 1948, se puede observar que no se pronuncia expresamente en torno a la dignidad de la persona; sin embargo, sí lo hace de forma implícita, en el compromiso ético de los médicos al momento de su graduación, al utilizar la fórmula que expresa

Garay (2003), de velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente, con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, y conminando a no emplear el conocimiento médico adquirido para contravenir las leyes de la humanidad.

La dignidad de la persona, entonces, ha sido puesta como fundamento de cualquier relación y entendimiento en la bioética. Según comenta Garay (2003), esta fue la conclusión de la primera Convención Europea de Bioética, en la que se determinaron tres puntos fundamentales, como el respeto a la dignidad humana, la protección de la integridad individual y la prohibición de todo acuerdo comercial del cuerpo humano y sus órganos.

En la Ley N° 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se busca que la dignidad humana sea respetada y tomada como derecho del paciente, por medio de un concepto amplio donde se establece el respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural. Este concepto se vincula con el respeto que se merece el paciente como ser humano y, como tal, sus derechos a la libertad, la verdad, la igualdad, la libre elección sexual, la asistencia, la ayuda espiritual o religiosa de su elección y el buen morir, entre otras.

La dignidad humana debe vincularse también con el médico, como profesional de la salud, porque cuanto mayor sea la dignidad con la que el médico ejerza su profesión, expresa Garay (2003), mejor será la práctica de la medicina realizada por él.

Puede apreciarse, entonces, que si la práctica de la medicina no fuese conforme a la dignidad de la persona humana, tal actividad no podría calificarse como médica, lo que puede suceder cuando dicha práctica se reduce sólo a la asistencia a un problema técnico, despojándosela de su verdadero contenido y traicionando a los enfermos, a cuyo servicio debería de ponerse.

Como consecuencia de la dignidad, cada hombre debe desarrollar sus perfecciones al máximo, comprometiendo esto más al médico y a los otros profesionales de la salud, debido a que en el ejercicio de la medicina no alcanza con tratar a un paciente con el respeto que se merece, sino que es recomendable ir mucho más allá, más lejos aún.

En razón de lo expuesto, la dignidad del médico debe también acrecer por medio del perfeccionamiento de las habilidades, destrezas y hábitos de los que disponía inicialmente. Ese perfeccionamiento sólo se logra cuando se siente compasión por el enfermo, teniendo la capacidad de sentir y de padecer junto con él, experimentar algo de la problemática de la enfermedad, sus miedos, ansiedades, tentaciones, la agresión a la persona entera, la pérdida de la libertad y de la dignidad, y la total vulnerabilidad y enajenamiento que produce la enfermedad.

La ética médica, como se puede apreciar, se fundamenta en la dignidad personal: "...el médico sólo llega a ser bueno y perfecto cuando ha convertido su virtuosidad técnica y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en un modo de vida. El médico perfecto es un médico virtuoso..." (Garay, 1994, pág. 188).

La ética de las virtudes es la corriente de estudio de la moral que parte de la base de que esta surge de rasgos internos de las personas, de las virtudes. La ética de la virtud, impacta en la mayoría de los casos en que es el médico el que interpreta principios morales, los ordena de acuerdo a su importancia y, por lo tanto, su carácter moral no puede ser ignorado.

Se entiende que el médico virtuoso tiene la capacidad intelectual para discernir qué es lo correcto en circunstancias particulares y exhibe, entre otras virtudes, compasión por el paciente que sufre, virtud está especialmente ligada al objetivo de la medicina, junto con la honestidad intelectual, que será la encargada de fomentar la confianza entre el paciente y el médico; todo esto en el contexto de justicia, integridad y coraje. Es esta virtud la que lo fortalece, le da sustento, lo enriquece y coadyuva a la excelencia en su formación.

Quienes se niegan al discurso de las virtudes, expresa Garay (2003), no tienen problema en aceptar, muchas veces, un estilo de ética impersonal, donde lo único ético es lo legal, lo contractual, o lo estipulado por reglas internas, rechazando una propuesta humanitarista e integradora, en nombre de una supuesta excelencia técnica, olvidando que la excelencia debe ser profesional y humana para que sea tal.

El médico humanista, entonces, es consciente de que debe reunir una serie de cualidades que lo acercan a la excelencia. Así, la cualidad de la formación es primordial, porque el ejercicio de la medicina así lo exige.

El médico honesto tiene conciencia de que los conocimientos deben de ser de alta calidad intelectual.

El médico idóneo no descuida ningún aspecto técnico en su acción médica.

El médico bueno no descuida ningún aspecto humano en su acción médica.

En resumen, todo enfermo, expone Garay (2003), quisiera ser atendido por un médico bondadoso, respetuoso, responsable, idóneo, compasivo, honesto y prudente.

La Ley 17.132 que rige el ejercicio de la medicina, en su artículo 20 enumera las prohibiciones que los médicos deben respetar (Patitó, J. 2003):

1. Anunciar o prometer la curación fijando plazos.
2. Anunciar o prometer la conservación de la salud.
3. Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos.
4. Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas reconocidas en el país.
5. Anunciar agentes terapéuticos de efecto infalibles.
6. Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoseles acción efectiva.
7. Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país.
8. Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y / o secreta y/ o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública.
9. Anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Salud Pública.
10. Anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Salud Pública.
11. Expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o de cualquier producto o agente terapéutico de diagnóstico o profiláctico o dietético.

12. Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño.
13. Realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en medicina.
14. Publicar cartas de agradecimiento de los pacientes.
15. Vender cualquier clase de medicamentos.
16. Usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las Facultades de Ciencias Médicas del país.
17. Ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas.
18. Practicar intervenciones quirúrgicas que provoquen esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores.
19. Inducir a los pacientes a proveerse de determinadas farmacias o establecimientos de óptica u ortopedia.
20. Participar honorarios.
21. Obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades.
22. Delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones inherentes o privadas de su profesión.
23. Actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración con la medicina u odontología.
24. Asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma.
25. Ejercer simultáneamente su profesión y ser director técnico o asociado a un laboratorio de análisis clínicos. Se exceptúan de ésta disposición aquellos profesionales que por la índole de su especialidad deben contar necesariamente con un laboratorio auxiliar y complementario de la misma. (págs.13 y 14).

Por lo expuesto, se puede reflexionar que las causas de los juicios de responsabilidad profesional tienen su origen en múltiples factores, como la alteración en la relación médico paciente y familia, en la que el deterioro de la relación tripartita se produce por motivos inherentes a la personalidad humana, como podrán ser médicos agresivos, o pacientes

disconformes y familias querellantes, entre otros. A esto se suman sistemas de atención médica con atención masiva, con infraestructura insuficiente y con recursos humanos sobrepasados en su capacidad asistencial, en los que la principal consecuencia es la despersonalización y la deshumanización de la medicina.

La excesiva complejidad, juega también un papel importante entre estos problemas, ya que, como explica Patitó (2003), el vertiginoso progreso experimentado en las súper especializaciones, con nuevos aparatos y nuevas técnicas, han entrañado también nuevos riesgos y nuevos daños, asociado esto a cierta incomunicación entre los sub especialistas y los súper especialistas.

4. Método /Procedimiento

Este trabajo se realizó de manera descriptiva , donde el material a analizar y contrastar fue la revisión de documentos , Expedientes Judiciales con carátula de mala praxis (Homicidio Culposos, Lesiones culposas, Averiguación causales de muerte o de ilícito) asignadas a mi área de trabajo (medicina forense) comprendida entre los años 2013 y 2018, teniendo como campo de investigación el departamento Judicial de Lomas de Zamora, tomándose como criterio de selección de casos, los expedientes Judiciales de denuncia de mala praxis médica (Homicidio Culposos, Lesiones culposas, Averiguación causales de muerte o de ilícito).

La unidad de análisis que se utilizó fueron los expedientes Judiciales del departamento de Lomas de Zamora en el período del 2013 a 2018.

4.1 Variables:

Se caracterizaron las denuncias de mala praxis médica.

4.1.1 Sub variables

Tipo de denuncia

Características de la víctima de denuncia

Características demográficas

Características de las Instituciones denunciadas

Especialidades médicas denunciadas

4.1.2 Indicadores

Edad – sexo

Zona geográfica (Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Lanús, Ezeiza, Avellaneda).

Institución Pública – Privada

Especialidades Médicas (Alergología, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Hematología, Infectología, Medicina- Intensiva, Medicina Interna o Clínica, Nefrología, Neonatología, Cirugía, Neurología, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Tocoginecología, Traumatología, Emergencia/ Guardia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Urología).

Criterio de selección de los casos:

El criterio de selección de casos estuvo basado en expedientes Judiciales de denuncias de mala praxis, dentro del departamento Judicial de Lomas de Zamora en el período 2013 a 2018.

4.2 Técnicas e instrumentos:

Material Bibliográfico.

Revisión de documentos, Expedientes Judiciales con carátulas de mala praxis (homicidio culposo – lesiones culposas- Averiguación de Ilícito) asignadas a mi área de trabajos comprendidos entre los años 2013 a 2018.

Campo de investigación, el departamento Judicial de Lomas de Zamora.

4.3 Tipo de Estudio:

Este trabajo se realizó de manera descriptiva , donde el material a analizar y contrastar fue la revisión de documentos , Expedientes Judiciales con carátula de mala praxis (Homicidio Culposo, Lesiones culposas, Averiguación causales de muerte o de ilícito) asignadas a mi área de trabajo (medicina forense) comprendida entre los años 2013 y 2018, teniendo como campo de investigación el departamento Judicial de Lomas de Zamora, tomándose como criterio de selección de casos, los expedientes Judiciales de denuncia de mala praxis médica (Homicidio Culposo, Lesiones culposas, Averiguación causales de muerte o de ilícito).

La unidad de análisis que se utilizó fueron los expedientes Judiciales del departamento de Lomas de Zamora en el período del 2013 a 2018.

5. Análisis de resultados

Del análisis de los datos volcados en tabla de Excel, surgen que de los tres tipos de denuncias consideradas, que se realizan englobando la mala praxis médica, la caratulada como Homicidio culposo es la predominante, siendo la caratulada como Averiguación de ilícitos la siguiente en orden de predominio, mientras que la caratulada como Lesiones culposas fue la que menos frecuencia presentó como puede apreciarse en los gráficos siguientes.

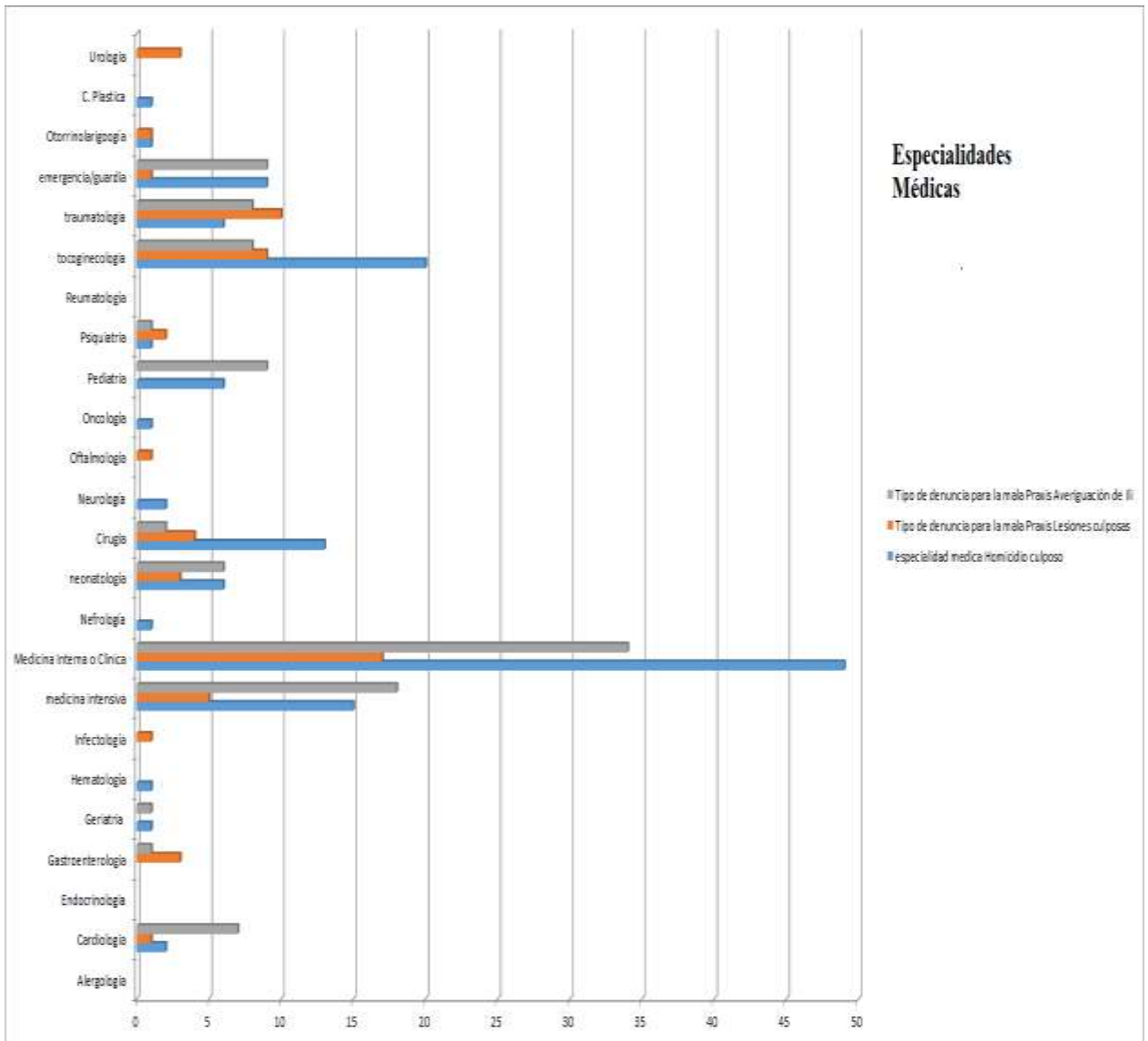


Gráfico 1: Denuncias de acuerdo a las especialidades médicas

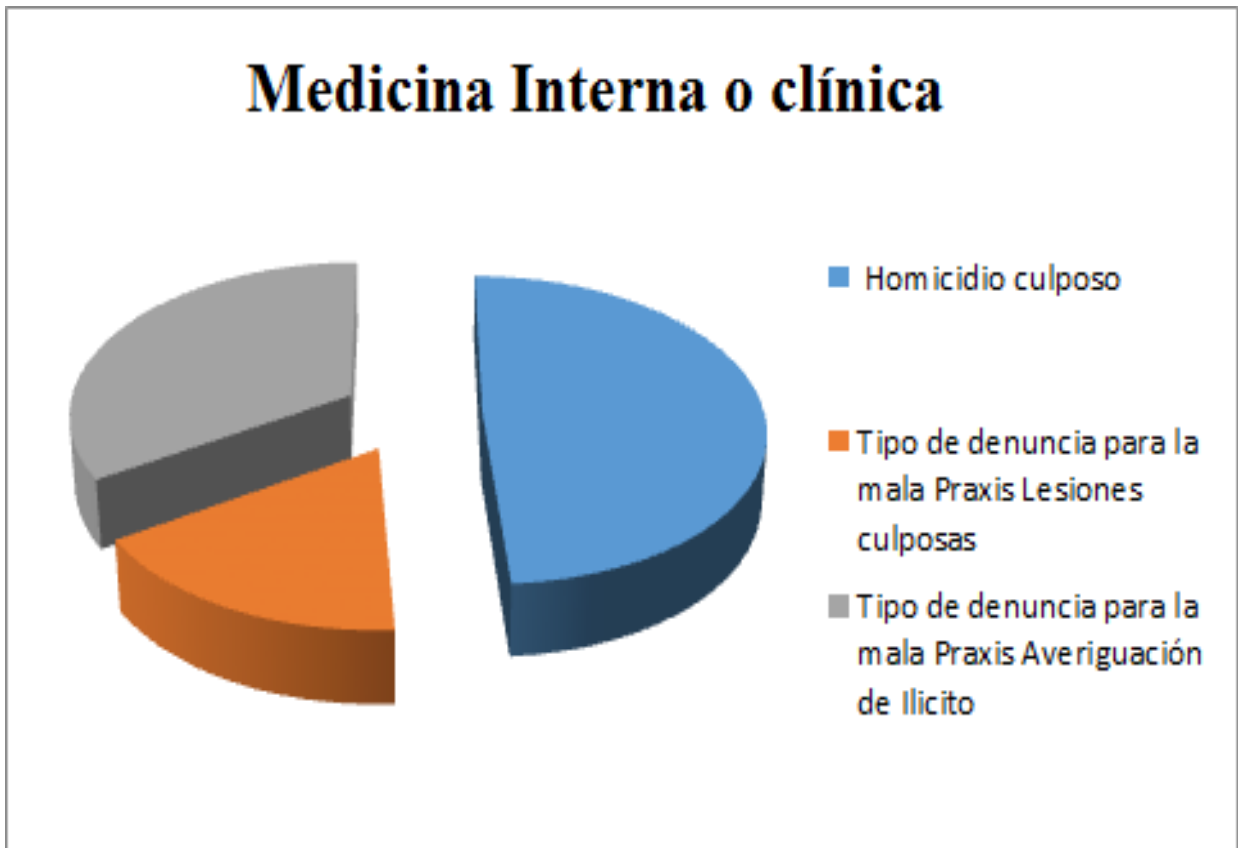


Gráfico 2: Denuncias respecto de medicina interna

Dentro de las denuncias con mayor prevalencia, caratuladas como Homicidio culposo, se pudo apreciar que la especialidad médica que registró mayor número, fue el servicio de Medicina interna o Clínica médica. Este servicio también es el más denunciado, dentro de las caratuladas Averiguación de ilícito.

En el caso de las denuncias por lesiones culposas, en éste servicio en particular, se vieron en menor número realizadas, a pesar de ser uno de los servicios que más índice de pacientes presenta.

Se interpreta que estos resultados, relacionados con la prevalencia de denuncias caratuladas como Homicidio Culposo, se debe al hecho de que, independientemente de la causa por la que el paciente ingresa al nosocomio, en alguna de las etapas de su atención pasa por el servicio anteriormente mencionado, siendo entonces éste uno de los servicios que mayor número de pacientes presenta rotando por él.

Los servicios que siguen en orden de prelación, dentro de las denuncias caratuladas como Homicidio culposo, son el de Tocoginecología, Terapia intensiva o Medicina intensiva y Cirugía. Ello debido a que estos servicios son responsables de resolver, o intentar resolver, patologías complejas, de características urgentes con evolución rápida y generalmente fulminante.

Se contempla en éstos servicio al igual que, como ocurre en el caso anterior de Clínica Médica, que son servicios que presentan una afluencia de pacientes en alto número, siendo el pase de pacientes inevitable, en la mayoría de los casos, en el transcurso de la atención desde su ingreso hasta la descomplejización y alta hospitalaria.

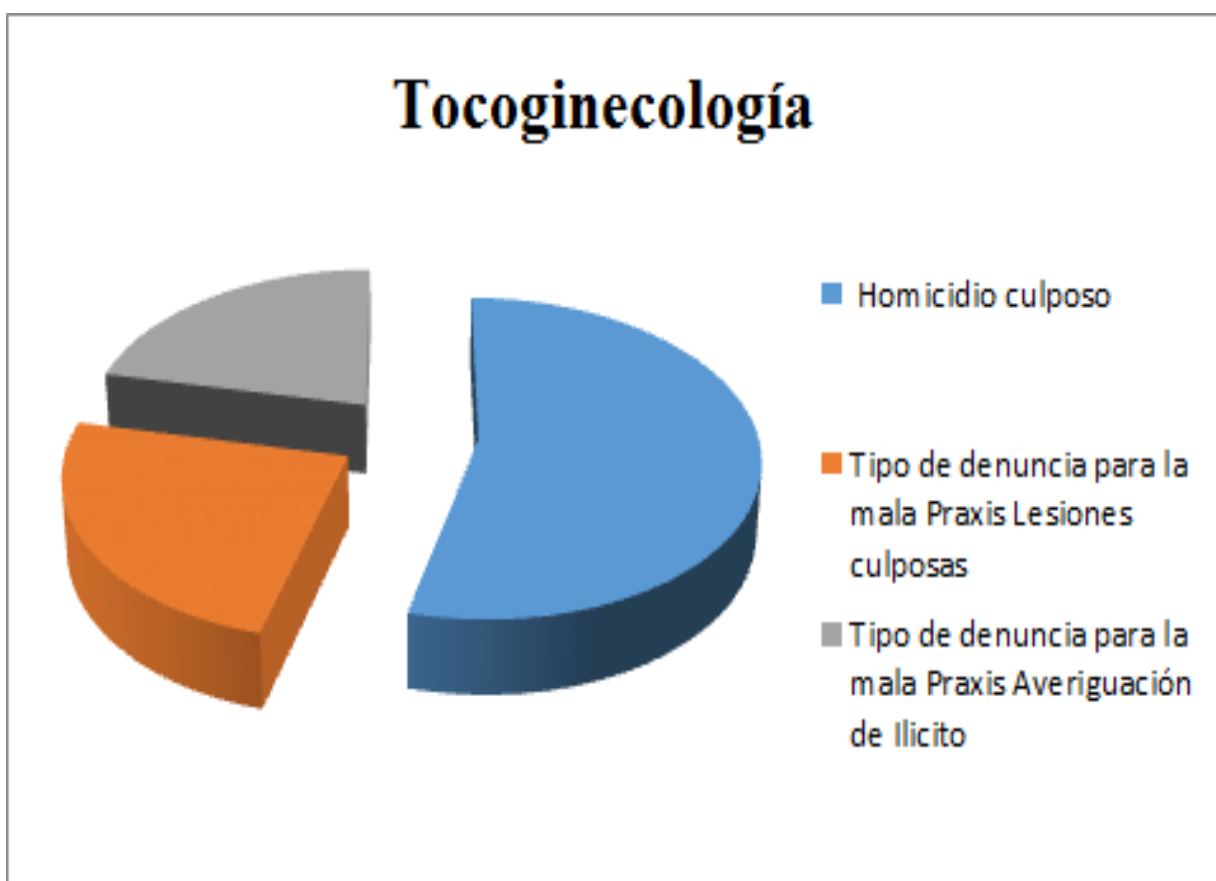


Gráfico 3: Incidencia de denuncias en el servicio de Tocoginecología

Medicina Intensiva

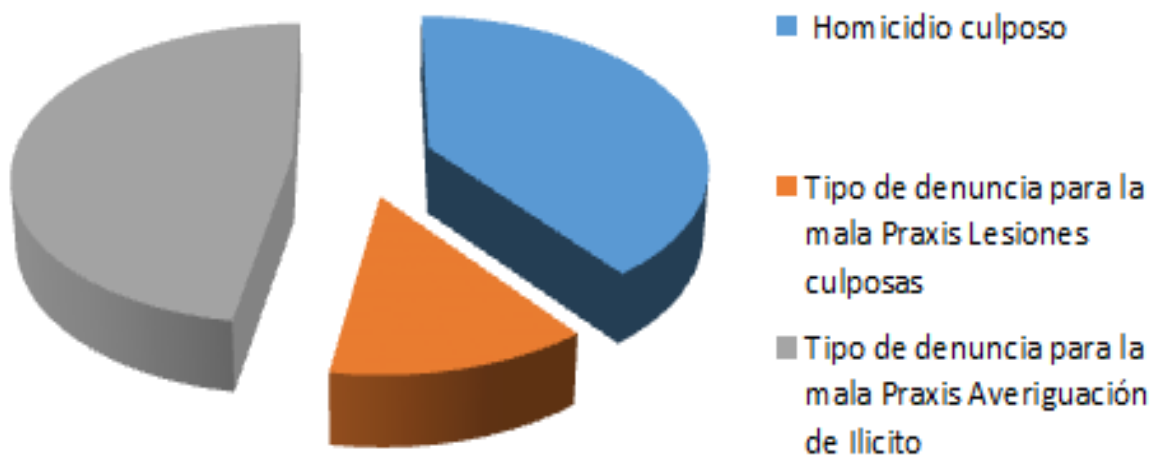


Gráfico 4: Incidencia de denuncias sobre el servicio de Medicina Intensiva (terapia intensiva)

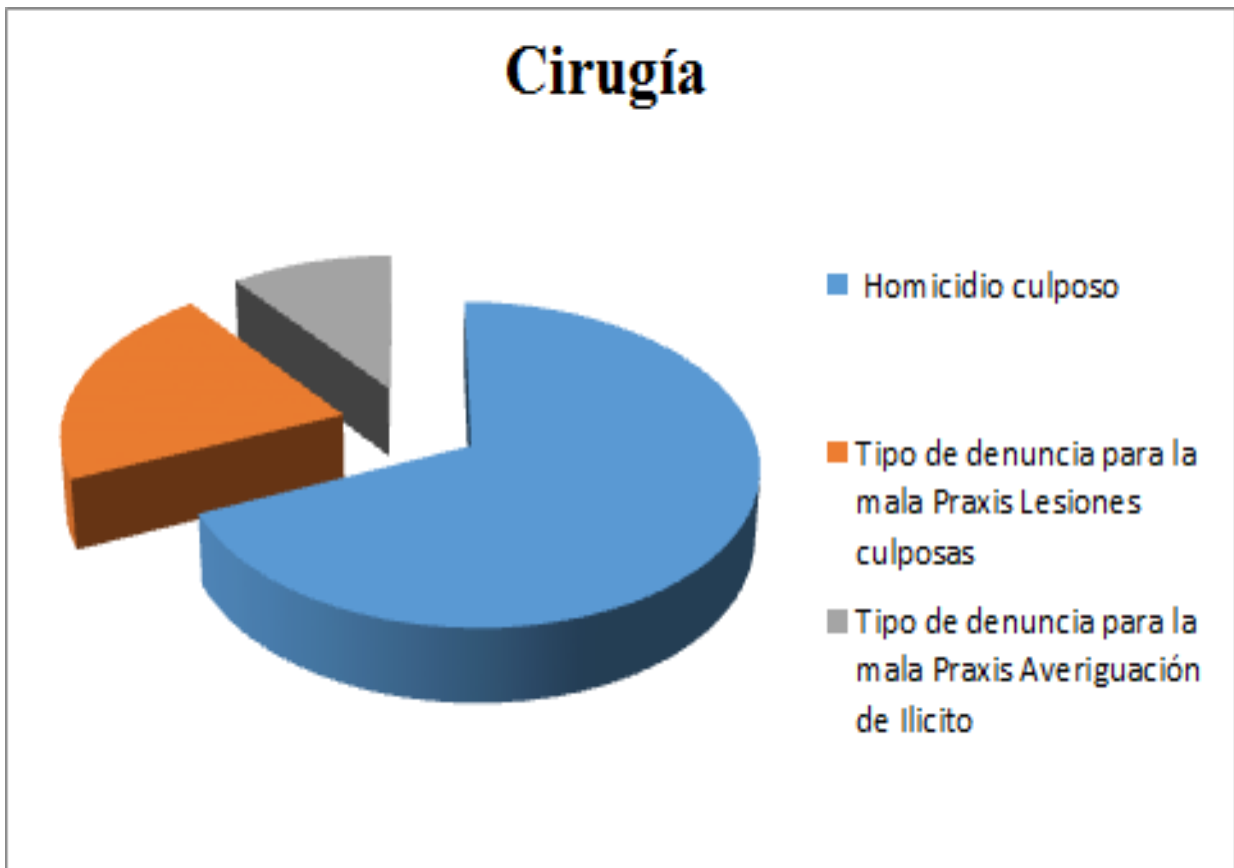


Gráfico 5: Incidencia de denuncias sobre el Servicio de Cirugía

Los restantes servicios, presentaron un valor variable mucho menor como puede ser evaluado en el primer cuadro precedente, respecto de las causas caratuladas homicidio culposo, y gran modificación respecto de las causas caratuladas como averiguaciones causales de muerte y las de averiguación de ilícito.

En el caso particular del servicio de Cirugía general, donde la segunda incidencia de causas de mala praxis son las caratuladas como lesiones culposas, se debe de contemplar que el solo acto quirúrgico provoca una lesión que es la propia incisión o lesión cortante, pero que debe de considerarse como una injuria de producción médico- quirúrgica, que al igual que cualquier lesión cortante dejará en su proceso de curación una cicatriz. Esto sumado al hecho particular de que la llegada de pacientes a este servicio, son en muchos casos provenientes del servicio de guardias o emergencias, en los que la resolución de sus patologías y gravedad no permite mantener recaudos de estética quirúrgica al momento de realizar intervenciones de salvataje.

Referente al servicio de Cardiología, es posible y fácilmente advertir, que las causas que han presentado mayor prevalencia dentro de las nombradas como de investigación de mala praxis, han sido las caratuladas como averiguaciones de ilícito, relacionándose esto a que para los agentes fiscales , en su proceso de investigación penal preparatoria, entienden que los pacientes que al internarse se ven obligados a ingresar al servicio respectivo, han de presentar algún trastorno cardiovascular debilitante que implicaría, presumiblemente el deterioro de las reservas orgánico funcionales del mismo, no permitiendo la aseveración del homicidio o de lesiones, sin la correspondiente investigación del caso. A pesar de ello, su segunda incidencia es la caratulada como Homicidio Culposo.

Cardiología

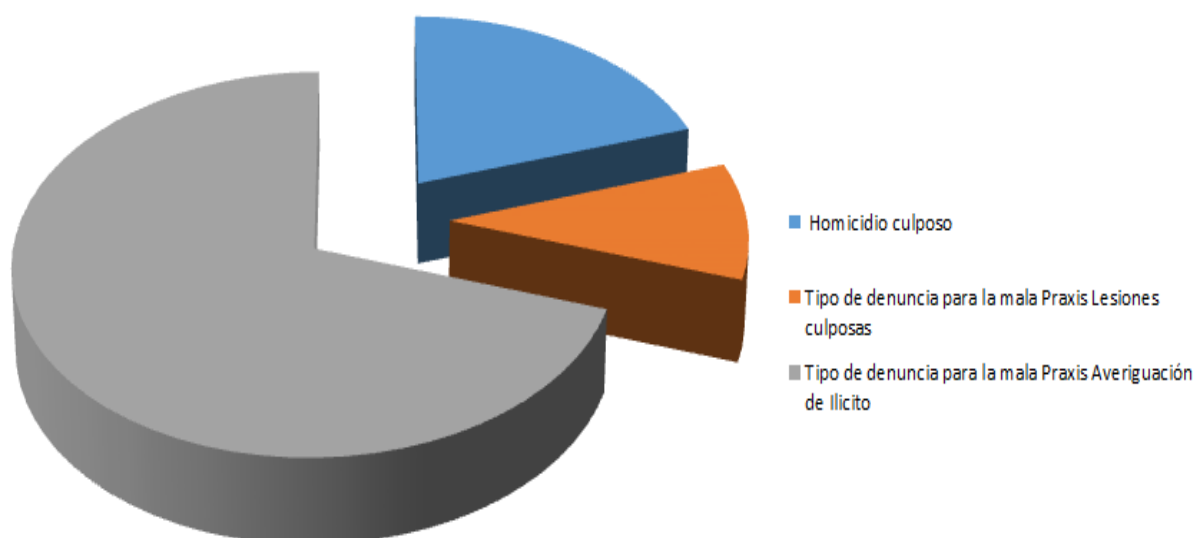


Gráfico 6: Denuncias respecto del servicio de Cardiología

Para el caso del Servicio de Emergencia o Guardia, en donde la prevalencia es similar a la del Servicio de Cardiología, siendo las causas caratuladas como investigación de ilícito, las de mayor significado dentro de la investigación de mala praxis, se puede interpretar que, al igual que con las referentes al servicio antes mencionado, el arribo del paciente al servicio de guardia o emergencia, comprende circunstancias relacionadas con los sucesos o acontecimientos extra sanatoriales que lo conducen a éste servicio, siendo imperativo esclarecer si el deceso o lesiones sufrida por el mismo son causa directa del accionar médico o se produjeron como consecuencia directa de su acontecer fuera del nosocomio.

Sin embargo, la incidencia de casos caratulados como Homicidio Culposo, para este servicio es la segunda causal, a pesar de lo anteriormente explicado.

Se entiende que en la desesperación del deudo, que percibe la llegada de un familiar a éste servicio, así esto se produzca sin las posibilidades de sobrevivida, genera que tras el fatal desenlace, necesite ubicar un culpable para poder de esta manera iniciar y sobrellevar su proceso de duelo, y en algunos casos, inclusive buscar un resarcimiento económico.

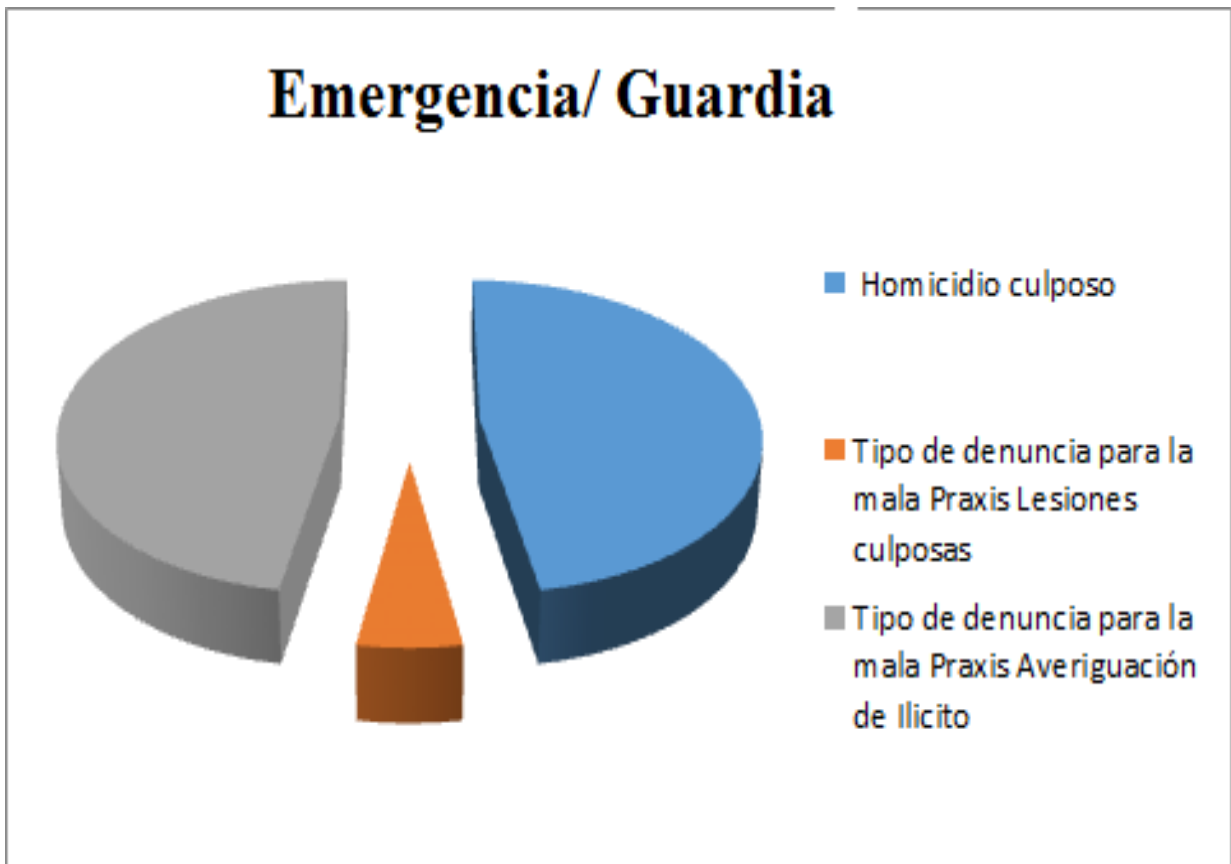


Gráfico 7: Referente al Servicio de Emergencia / Guardia

Sólo el servicio de Gastroenterología, dentro del total de los servicios analizados, no presentó denuncias caratuladas como Homicidio culposo, pero si presentó una alta tasa de denuncias relacionadas con las lesiones culposas.

Puede atribuirse este caso particular a que dentro de las causas en este servicio analizadas, se encontraron denuncias por casos de lesiones dentro de la realización de estudios como videocolonoscopías o video endoscopías digestivas, de carácter ambulatorias, es decir que no se relacionaban con el hecho de una internación o de una patología en tratamiento, sino, relacionadas a estudios diagnósticos que han presentado algún tipo de complicación.

Gastroenterología

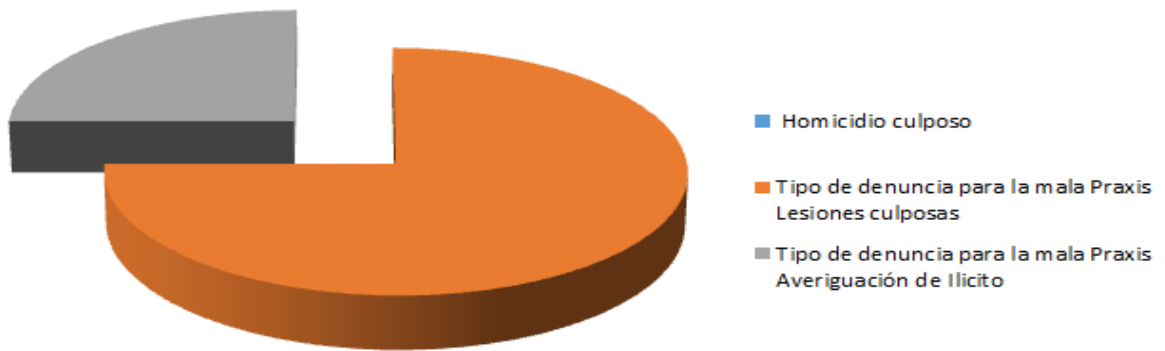


Gráfico 8: Denuncias respecto del Servicio de Gastroenterología.

Respecto del Servicio de traumatología, siendo éste un servicio que recibe una gran afluencia de pacientes, sobre todo a través del servicio de emergencia y guardia , con derivación del servicio de emergencia de calle (SAME) a causa de accidentes en vía pública, era de esperar que el más alto índice de denuncias estuviera referida a la investigación de ilícitos, sin embargo, presentó una afluencia muy similar entre las denuncias de Homicidio culposo y de averiguación de ilícito, pero diferente a lo esperado, la mayor incidencia de denuncias se vieron plasmadas en las denuncias de lesiones culposas, entendiendo, de ésta manera que la mayor causa de denuncias respecto de éste servicio está relacionado con las secuelas de las intervenciones médico y médico quirúrgicas realizadas.

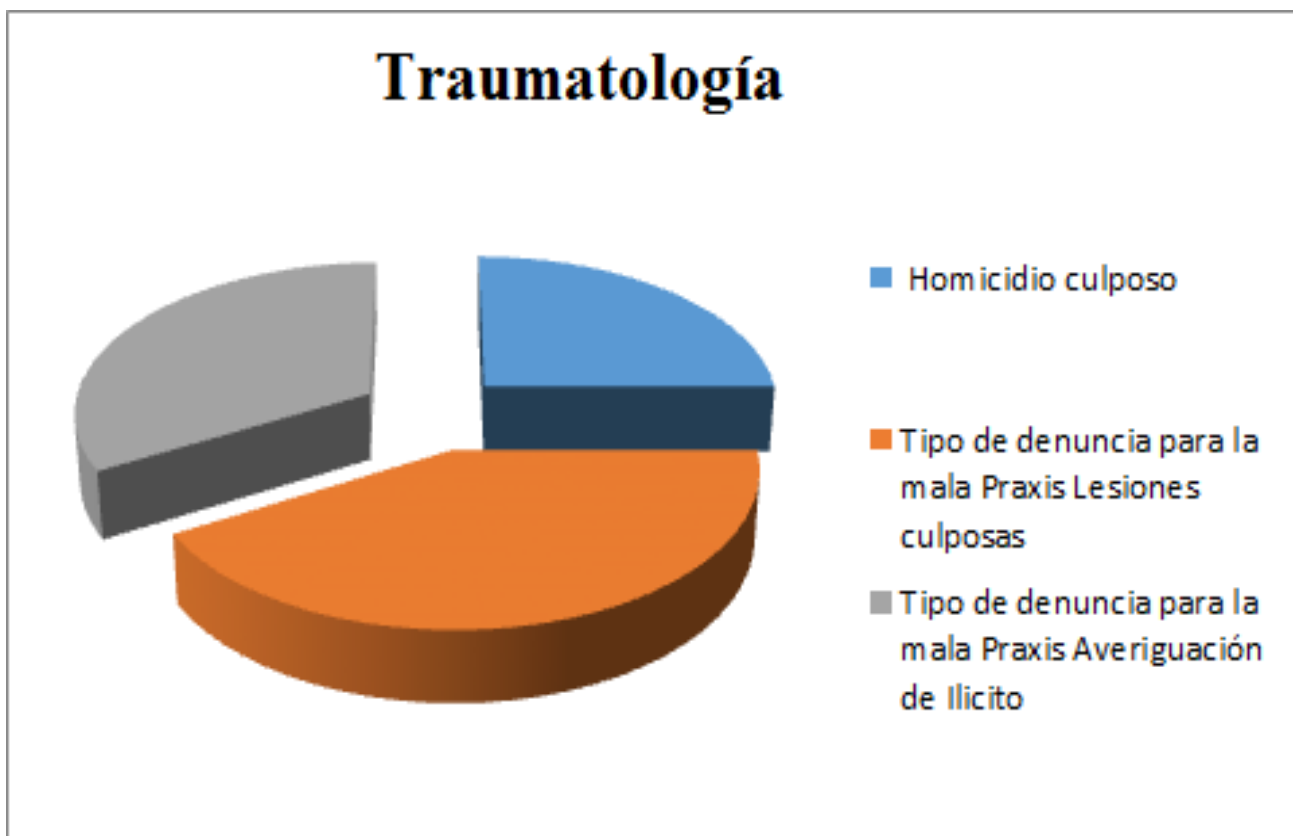


Gráfico 9: Denuncias respecto del Servicio de Traumatología.

Tanto en los casos de Homicidios culposos como de Averiguación de ilícito, en las denuncias contra los servicios de Medicina interna o Clínica médica, predominaron las que tratan sobre

personas del sexo masculino. De acuerdo a la experiencia personal de quien expone, es posible alegar que este resultado se debe a que mayoritariamente los hombres no consultan habitualmente sino en casos de traumas o de descompensación en sus patologías de base, motivo por el que, su llegada a los nosocomios, en general, se produce en casos de extrema necesidad o urgencia.

Siempre dentro de las denuncias caratuladas como Homicidio culposo, considerando las que se realizaron contra el servicio de Cirugía general como contra el servicio de Cardiología, predominan las que tratan de personas del sexo femenino.

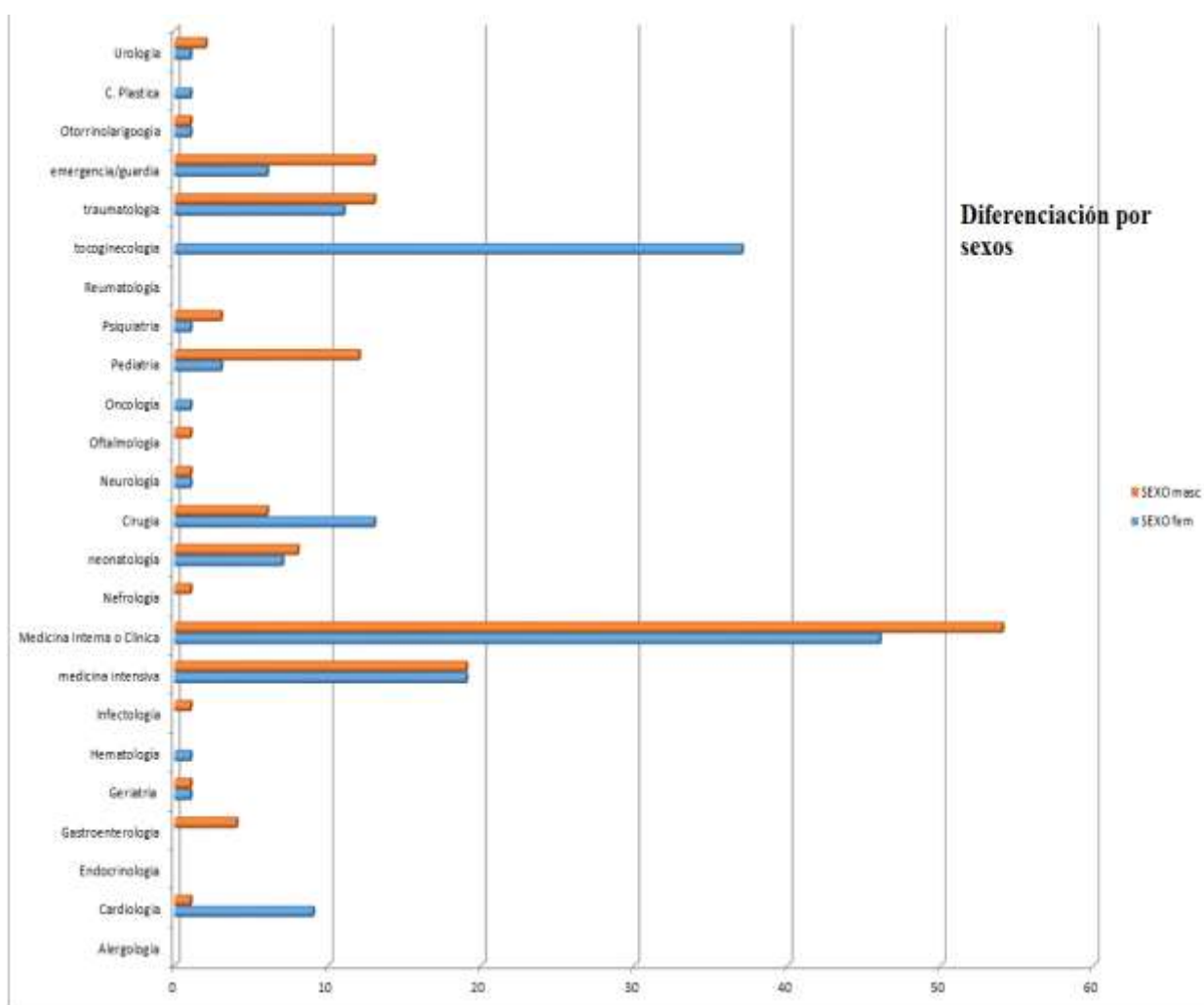


Gráfico 10: Relación entre denuncias a Servicio por sexo.

En cuanto al servicio de Medicina interna o Clínica médica, como al servicio de Medicina intensiva, en los casos de denuncia por Homicidio culposo, el mayor índice estuvo dado para el rango etario de personas adultas, seguido en orden de predominio por el de adolescentes y, finalmente con más bajo o insignificante valor numérico, el grupo etario de niños.

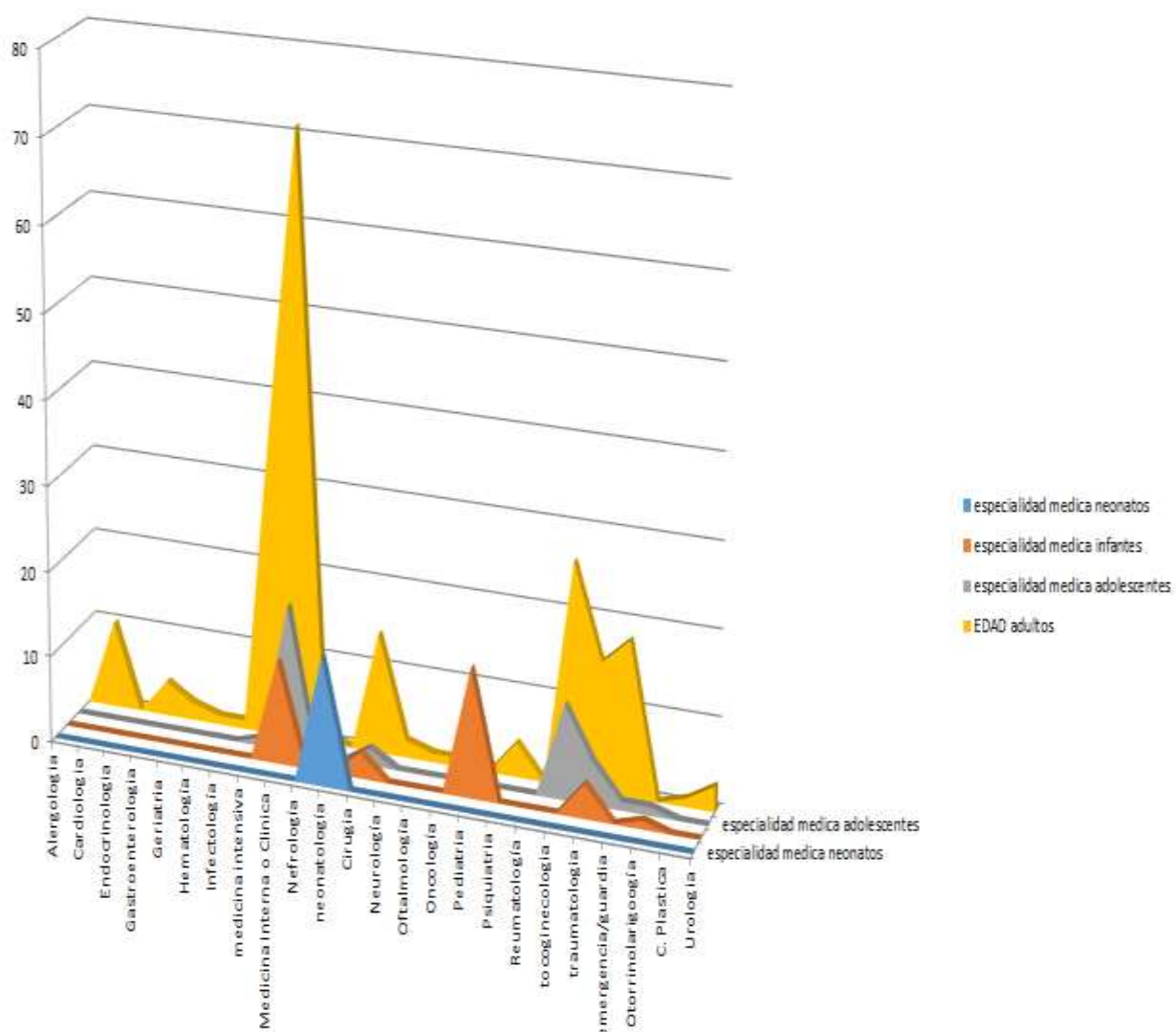


Gráfico 11: Índice de denuncias por servicios médicos respecto de rango etario.

Considerando las zonas geográficas en las que tienen asiento los servicios que presentan mayor incidencia respecto de las denuncias caratuladas como Homicidio culposo, se pudo apreciar que fueron los partidos de Lomas de Zamora y de Almirante Brown los que tuvieron el mayor número,

con cifras muy cercanas entre sí, considerando esto en base a que el partido de Almirante Brown obtuvo un porcentaje del 23 % y que el partido de Lomas de Zamora obtuvo un 21%. En base a las denuncias dentro del departamento Judicial de Lomas de Zamora, y éstas casi duplican a las realizadas en el resto de los partidos

ESPECIALIDAD MÉDICA	ZONA GEOGRÁFICA DE LA DENUNCIA DE MALA PRAXIS						SUMATORIA POR ESPECIALIDAD		
	LOMAS	ALTE. BROWN	ECHVERRÍA	LANÚS	EZEIZA	AVELLANEDA	NUMÉRICA	PORCENTUAL	
Alergología							0	0%	
Cardiología	1	1	1	1	4	2	10	3%	
Endocrinología							0	0%	
Gastroenterología	1	1		1	1		4	1%	
Geriatría	1				1		2	1%	
Hematología		1					1	0%	
Infectología			1				1	0%	
medicina intensiva	8	6	5	6	4	9	38	13%	
Medicina Interna o Clínica	27	24	12	17	9	11	100	33%	
Nefrología				1			1	0%	
neonatología	2	5	3	1	1	3	15	5%	
Cirugía	4	3	3	3	2	4	19	6%	
Neurología	1					1	2	1%	
Oftalmología		1					1	0%	
Oncología			1				1	0%	
Pediatría	3	4	1	1	3	3	15	5%	
Psiquiatría				3		1	4	1%	
Reumatología							0	0%	
tocoginecología	10	7	5	5	2	8	37	12%	
traumatología	3	3	4	3	5	6	24	8%	
emergencia/guardia	2	11	3	2		1	19	6%	
Otorrinolaringología	1	1					2	1%	
C. Plastica				1			1	0%	
Urología		1	1			1	3	1%	
SUBTOTALES POR ZONA	NUMÉRICA	64	69	40	45	32	50	300	
	PORCENTUAL	21%	23%	13%	15%	11%	17%		

Tabla 12: Denuncias por Servicios según los partidos Municipales que conforman el Partido Judicial de Lomas de Zamora.

Podemos adjudicar esta apreciación a que, dentro del Departamento Judicial Lomas de Zamora, son los mencionados partidos de Lomas de Zamora y de Almirante Brown los que tienen la mayor

cantidad de centros de atención, tanto públicos como privados, dándose así un mayor flujo de pacientes atendidos en los servicios anteriormente nombrados.

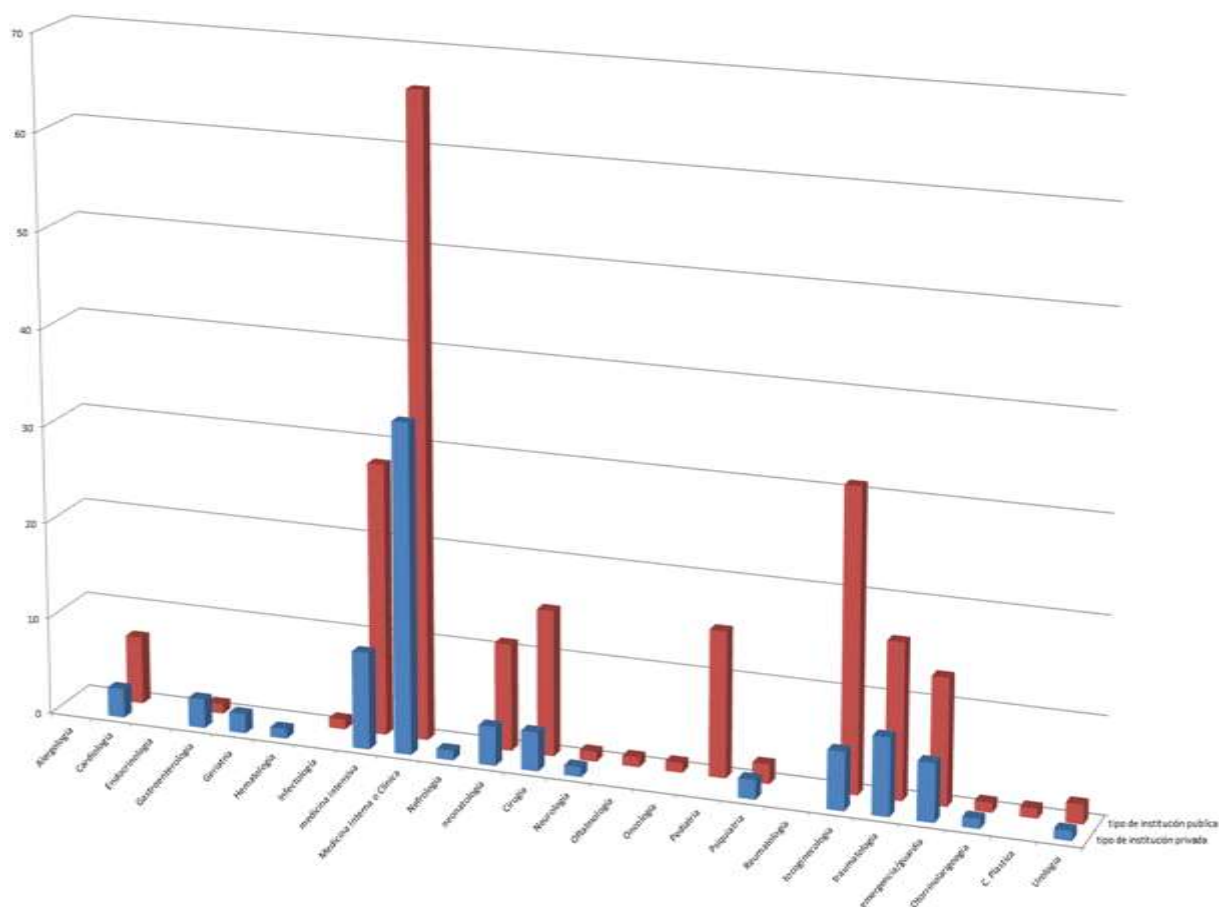


Gráfico 13: Denuncias por servicio de acuerdo al origen de las instituciones (Públicas o Privadas).

En el caso de los servicios de Medicina interna o Clínica médica y de Medicina intensiva, el mayor índice de denuncias caratuladas como Homicidio culposo, se presentó respecto de las instituciones públicas.

ESPECIALIDAD MÉDICA	POR TIPO DE INSTITUCIÓN				TOTAL	
	PÚBLICA		PRIVADA		NUMÉRICA	PORCENTUAL
	NUMÉRICA	PORCENTUAL	NUMÉRICA	PORCENTUAL		
Alergología		0%		0%	0	0,00%
Cardiología	7	3%	3	3%	10	3,33%
Endocrinología		0%		0%	0	0,00%
Gastroenterología	1	0%	3	3%	4	1,33%
Geriatría		0%	2	2%	2	0,67%
Hematología		0%	1	1%	1	0,33%
Infectología	1	0%		0%	1	0,33%
medicina intensiva	28	13%	10	11%	38	12,67%
Medicina Interna o Clínica	66	31%	34	39%	100	33,33%
Nefrología		0%	1	1%	1	0,33%
neonatología	11	5%	4	5%	15	5,00%
Cirugía	15	7%	4	5%	19	6,33%
Neurología	1	0%	1	1%	2	0,67%
Oftalmología	1	0%		0%	1	0,33%
Oncología	1	0%		0%	1	0,33%
Pediatría	15	7%		0%	15	5,00%
Psiquiatría	2	1%	2	2%	4	1,33%
Reumatología		0%		0%	0	0,00%
tocoginecología	31	15%	6	7%	37	12,33%
traumatología	16	8%	8	9%	24	8,00%
emergencia/guardia	13	6%	6	7%	19	6,33%
Otorrinolarigoogía	1	0%	1	1%	2	0,67%
C. Plastica	1	0%		0%	1	0,33%
Urología	2	1%	1	1%	3	1,00%
SUBTOTALES	NUMÉRICA	213		87	300	
	PORCENTUAL	0,71		0,29		

Tabla 14: Denuncias por Servicio de acuerdo al origen de las instituciones (Públicas o Privadas).

Esta situación puede justificarse debido a que en la actual situación político económica, el número de personas que buscan atención en los nosocomios públicos está aumentando en relación de las personas que acuden a nosocomios privados, viéndose así el acceso a los turnos de las diferentes especialidades médicas coartado, lo que motiva que los pacientes posterguen mayormente su atención hasta la descompensación de sus cuadros o patologías de origen, para poder ser ingresados a través de los servicios de guardia o urgencia. A esto se suma que, producido cualquier accidente en la vía pública, la primera atención es brindada por servicios de emergencia nacionales y/o provinciales

que trasladan a los accidentados, en primera instancia, hacia los hospitales zonales, para, posteriormente, derivar a aquellos pacientes que tiene una obra social, a su centro de atención privada.

Respecto del servicio de Tocoginecología, cabe observar que, si bien por razones obvias la totalidad de los casos corresponden a personas de sexo femenino, tratándose de denuncias caratuladas como Homicidio culposo, se aprecia un alto índice que corresponden a personas adolescentes. Si bien el mayor número está representado por adultos, se ha podido comprobar, según informes del Ministerio de Salud Pública de la Nación – Secretaría de salud adolescente, que el valor numérico correspondiente a adolescentes, se ha incrementado en relación de años anteriores.

Dentro del conglomerado general de denuncias sobre mala praxis, englobadas tanto en las carátulas de Homicidio Culposo, Averiguación causales de ilícito y Lesiones culposas, se observa que priman las denuncias correspondientes al sexo femenino, frente a las del sexo masculino, pero con una diferencia no muy marcada en valores numéricos entre ambos sexos. Esa diferencia casi se triplica, en la misma observación, cuando se compara la cantidad de casos que se presentan para los nosocomios públicos, respecto de los privados.

Por último, cabe destacar que los servicios de las especialidades de Alergología, Endocrinología y Reumatología, no recibieron ninguno de los tres tipos de denuncias consideradas para englobar los casos de mala praxis médica.

6. Conclusiones

Se debe considerar, siendo necesario remarcar, que la ciencia no puede permanecer ajena a los valores morales generales, debido a que estos contribuyen a que la medicina no se desvíe ni corrompa.

Esta necesidad de esclarecer y recuperar la responsabilidad moral en la medicina, teniendo en cuenta que la bioética se ocupa de la problemática relacionada con política sanitaria, higiene de la población, sistemas asistenciales, relación médico paciente y temas vinculados con la eugenesia, eutanasia, esterilización, cambios de sexo, genética, fecundación asistida y aborto, se funda en que procura el bien del prójimo y debe estar desvinculada totalmente de compromisos políticos y sociales.

La mencionada necesidad de esclarecer y recuperar la responsabilidad moral, reviste importancia para la humanidad, porque tiende a ubicar en un nivel superior a la ética por sobre la técnica, considerando que esta última debe ser la herramienta adecuada para poner en marcha una medicina que, aún hoy, presenta profundas raíces hipocráticas.

Es a causa de estas raíces que, desde el pregrado, se le inculca al futuro profesional de la salud que debe acercarse y dialogar con el enfermo, relacionarse y conocerlo; establecer una comunicación cálida, humana, e informarle su situación real respecto de la enfermedad que padece.

Dentro de estas pautas de comunicación con el paciente, se incluye el escucharlo. El médico debe saber escuchar al paciente, para establecer si quiere, o no, que se le informe de su enfermedad, porque decirle la verdad es respetar su derecho a la libertad y a ser informado. Es un deber ético del profesional informar la verdad, no manipular la información ni su acceso a ella, teniendo en cuenta lo que el paciente quiere saber y cuánta información quiere conocer.

Se sabe que la obligación de reparación que genera un acto médico, con resultado negativo no deseado, recae sobre el médico y/o sobre el equipo de salud, pudiendo encuadrarse dentro del campo de la deontología médica; es decir, dentro del conjunto de las obligaciones y deberes de los médicos.

Siendo así, el médico formado bajo las consignas hipocráticas, guiado por la ética y moral profesional, debe incluirse en una sociedad regida por derechos, deberes y normas jurídicas, adquiriendo tres niveles de compromiso en el desarrollo de su actividad profesional: consigo mismo, con el paciente y con la sociedad.

El derecho le impone normas que, a través de la pena, lo obliga a mantener un mínimo de formación profesional, de atención y respeto por sus pacientes, para evitar cometer actos imprudentes, negligentes o faltos de pericia.

Durante el estudio académico, al médico en formación se le inculca y adquiere, el hábito de abstenerse de hacer el mal, buscando el bien y el beneficio para el paciente; se le enseña y aprende a tratarlo con justicia, sin hacer diferencia de raza, color, sexo, religión, ideal político, privado o no de la libertad. Se le enseña a que su trato sea justo, sin hacer diferencia de ningún tipo, respetando la autonomía del paciente, siendo veraz y confiable, para que de esta forma, por el hábito inculcado, frente a cada situación que se le presenta, no tenga que pensar ni estar a la defensiva. Por esta formación desde lo ético, se lo aleja de la leve línea que separa lo lícito de lo ilícito.

Cabe consignar que hace pocas décadas atrás, un reclamo judicial por responsabilidad profesional, lo que se conoce como praxis médica, representaba una situación aislada, extraña o impensada al quehacer médico, debido a que se consideraba que el profesional presentaba, tanto en su vida particular como profesional, una ética incorrupta. En cambio, en el presente, debido a la cantidad de denuncias que se presentan a diario, puede afirmarse que la situación descripta pasó a formar una parte integrante del riesgo profesional.

El trabajo médico sufrió cambios a través de la historia, en todo el mundo, pasando de la época en que el médico era el eje y protagonista del acto profesional, junto con el paciente, a la situación actual, en la que el profesional es un trabajador que realiza el acto médico sólo como parte de la cadena de atención médica, en la que tienen más importancia los medios utilizados para el diagnóstico que el propio médico con su saber. Esto se evidencia dentro de la mala infraestructura hospitalaria actual, con falta de insumos y personal, siendo la cantidad de demandas, según la investigación realizada, mayor en el caso de instituciones públicas que de privadas.

En medicina hay especialidades más expuestas que otras a la posibilidad de una mala práctica profesional, como es el caso de emergencias, cirugía plástica y anestesiología, muchas veces debido a la urgencia y la premura de atención. Al respecto, en la investigación realizada se puso en evidencia que los servicios de Clínica médica o Medicina clínica, Tocoginecología y Medicina intensiva (terapia intensiva), fueron los más denunciados. También se pudo establecer que el mayor número de denuncias fueron caratuladas como Homicidio culposo, correspondiendo mayoritariamente a víctimas del sexo masculino y al rango etario de adultos.

Frente a estos hechos de supuesta mala práctica profesional, corresponde a los expertos (peritos) dar opinión, con independencia de la apreciación del paciente y de sus familiares, y a los jueces, en última instancia, establecer si existe o no responsabilidad por parte de los profesionales intervinientes.

Toda esta situación, que repercute desfavorablemente sobre el accionar médico, comenzó en Francia, en la segunda mitad del siglo XIX, incrementándose, en las últimas décadas del siglo XX, en Estados Unidos, desde donde se extendió al resto del mundo, ejerciendo un desvalor notable respecto de la forma en que se realiza el ejercicio de la medicina actualmente.

En nuestro país, en los últimos años, hubo un incremento notable de las demandas realizadas bajo el título de responsabilidad profesional médica. Muchas veces esa incidencia es de tal magnitud

que tiene expresión objetivable en la conducta, no sólo en lo que se refiere al ejercicio de la profesión sino, también, en la integridad psicofísica del médico.

Esta situación ha merecido, por parte de los estudiosos del tema, la denominación de "síndrome judicial"; situación o "síndrome" que, en algunos casos, lamentablemente, ha concluido con la muerte del profesional, ya sea por una enfermedad desencadenada a raíz del estrés al que se lo sometió desde el inicio de la demanda o, directamente, porque el mismo médico fue quien se quitó la vida por causa de la depresión provocada por el daño a su honor o por miedo al desprestigio.

Por los motivos expuestos, las escuelas de medicina deberían tender a acrecentar no sólo la enseñanza de las destrezas y habilidades médicas sino, también, la parte humanística de ella; es decir, todo lo que está relacionado con el pacientes y sus familiares, la relación médico paciente, como pieza fundamental para intentar evitar el conflicto, junto con el estímulo a los programas de educación médica continua

En estas últimas décadas, la medicina sigue expandiendo sus conocimientos en forma verdaderamente asombrosa y, diariamente, son vertiginosos los avances en cuanto a técnica y aparatología de alta complejidad; por lo tanto, los métodos se evidencian cada vez más precisos en la realización del diagnóstico. Esto incide de manera favorable en la terapéutica a aplicar a los pacientes, pero, no obstante, en la sociedad está arraigada la creencia de que los progresos médicos y el aporte de la tecnología deben evitar el daño de las enfermedades y, que cuando dicho daño se produce, los médicos son los responsables.

Entre 1970 y 1985, en nuestro país, se contabilizaron, según aporta Patitó (2003), más de ciento cincuenta demandas contra profesionales médicos, aumentando la cifra, para el año dos mil, a más de diez mil, según el promedio de diferentes estadísticas, para el mismo ámbito territorial y tomándose en cuenta el conjunto de los fueros Civil y Penal.

Luego de los años noventa, es indudable que la temática inherente a la responsabilidad médica fue ocupando, progresivamente, un singular espacio dentro de la especialidad de la Medicina Legal y de la ciencia del Derecho. Consecuentemente, con el transcurso del tiempo, la sanción penal del autor pasó a un segundo plano, por la introducción del factor económico, dada la aplicación a la medicina de la norma general de responder e indemnizar los daños.

La realidad que se puede apreciar hoy, como relata Patitó (2003), es que el problema no se centra en el autor del daño por impericia, imprudencia o negligencia, sino que se extiende institucionalmente a hospitales, clínicas, obras sociales, empresas de medicina prepaga y al Estado, lo que va provocando el vuelco del ejercicio profesional hacia lo que se ha denominado como "medicina defensiva", la que se caracteriza por una actitud de extrema prevención, por temor, y que origina, además, una medicina de alto costo e improductiva, con notorio deterioro de la relación médico paciente.

En su afán de ayudar, el médico pone en práctica su saber y conocimiento en pos de la mejoría del paciente, pero, debido a los nuevos giros en la concepción de la medicina actual, donde tanto los pacientes como sus familiares exigen resultados, el profesional médico queda expuesto a demandas o juicios en su contra por el hecho de no poder dar certeza de que los resultados serán los esperados.

En la actualidad, es la doctrina mayoritaria y criterio sentado, en forma prácticamente unánime, que la relación que une a médico y paciente tiene su origen en un acuerdo de voluntades, expreso o tácito, entre las partes, y que, frente al daño injustamente causado, nace un deber de responder, el que, por regla general, reconoce su génesis en el campo contractual y, excepcionalmente, en el extracontractual. Debido a esto, el accionar profesional se ve cada vez más coartado por el temor a la demanda o juicio, ya que tanto los pacientes como la población, en general, demandan por el daño en sí, no importando si este es justificado o no, generando en los profesionales de la salud un estado de hiper alerta y, en ciertos casos, de paranoia, respecto a su

accionar profesional. Tal es así que, en la mayoría de las veces, se teme más a la posibilidad de ser demandado que a la posibilidad de cometer un error.

7. Referencias

- Achaval, A. (1979). *Manual de Medicina Legal. Práctica Forense. 2º edición*. Buenos Aires: Editorial Policial.
- Achaval, A. (1996). *La Responsabilidad civil del médico*. Buenos Aires: Perrot.
- Agrest, A. (1994). *La opinión de un académico de medicina, Mala práctica médica*. Buenos Aires: E.D.
- Aguiar, H. (1950). *Hechos y actos jurídicos*. Buenos Aires: TEA.
- Albanese, S. (1994). *Casos médicoa*. Buenos Aires: La Rocca.
- Alsina Atienza, D. (1958). *La carga de la prueba en la responsabilidad del médico*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Alterini, A. (1987). *Contornos actuales de la responsabilidad civil*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Alterini, A. (1989). *Aspectos de la teoría de la culpa en el Derecho argentino*. Buenos Aires: La Ley.
- Alterini, A. (1989). *Carga y contenido de la prueba del factor de atribución en la responsabilidad contractual*. Buenos Aires: La Ley.
- Alterini, A. y. (1989). *Responsabilidad profesional*. Buenos Aires: La Ley.
- Ambialet, V. (1965). *Responsabilité du fait d'autrui in droit médical*. Paris: Sirey.
- Aparicio, J. M. (1974). *Responsabilidad del tercero por lesión al derecho de crédito*. Buenos Aires: Plus Ultra.
- Ataz López, J. (1985). *Los médicos y la responsabilidad civil*. Madrid: Montecorvo.
- Atilio, A. (1993). *Daño a la persona*. Capital Federal: Colegio de Escribanos de la Capital Federal.
- Bacigalupo, E. (1970). *Delitos por omisión*. Buenos Aires: Pannedille.
- Bacigalupo, E. (1986). *Lineamientos de la teoría del delito*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Bacigalupo, E. (1999). *Derecho Penal*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Bacigalupo, E. (1999). *Derecho Penal (2a ed.)*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Baigun, D. y. (1991). *El fraude en la administración societaria*. Buenos Aires: Depalma.
- Baigun, D. y. (1992). *La falsedad documental en la jurisprudencia*. Buenos Aires: Depalma.
- Barbado, P. B. (1989). *Daños y perjuicios*. Buenos Aires: La Ley.
- Barbeiro, A. J. (1990). *La imprudencia punible en la actividad médico - quirúrgica*. Buenos Aires: Tecno.

- Basso, D. (1993). *Nacer y morir con dignidad*. Buenos Aires: Depalma.
- Basso, D. (1997). *Los fundamentos de la moral*. Buenos Aires: Educa.
- Belluscio, A. C. (1979). *Obligaciones de medios y de resultados*. Buenos Aires: La Ley.
- Bianchi, E. (1973). *Daño por el hecho del hombre y por el hecho de las cosas*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Boffi Boggero, L. (1985). *Tratado de las obligaciones*. Buenos Aires: Astrea.
- Bonnet, E. (1980). *Medicina Legal 2º Edición*. Buenos Aires: López Libreros.
- Borda, G. (1990). *Tratado de Derecho Civil*. Buenos Aires: Perrot.
- Borda, G. (1991). *Responsabilidad extracontractual, fundamentos y daños*. Buenos Aires: La Rocca.
- Borda, G. (1991). *Tratado de Derecho Civil*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Borda, G. (1992). *Breves reflexiones acerca de la responsabilidad de los médicos*. Buenos Aires: La Ley.
- Bossert, G. A. (1988). *Fecundación asistida*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Brebbia, R. (1979). *Hechos y actos antijurídicos*. Buenos Aires: Astrea.
- Brebbia, R. (1987). *Responsabilidad precontractual*. Buenos Aires: La Rocca.
- Brebbia, R. (1990). *Vigencia y jerarquía de la responsabilidad civil por culpa en el Derecho Positivo argentino*. Buenos Aires: La Ley.
- Brebbia, R. (1992). *La mora en la responsabilidad civil profesional*. Buenos Aires: Platense.
- Breglia Arias, O. y. (2001). *Código Penal comentado anotado y concordado*. Buenos Aires: Astrea.
- Broekman, J. M. (1998). *Bioética con rasgos jurídicos*. Madrid: Dilex.
- Bueres, A. (1981). *Responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos médicos*. Buenos Aires: Ábaco.
- Bueres, A. (1986). *El acto ilícito*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Bueres, A. (1989). *El daño injusto y la ilicitud de la conducta*. Buenos Aires: La Rocca.
- Bueres, A. (1989). *Responsabilidad contractual onbjetiva*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Bueres, A. (1992). *La culpoa profesional*. Buenos Aires: La Rocca.
- Bueres, A. J. (1992). *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Bulit Goñi, L. (1993). *Algunas reflexiones acerca del diagnóstico genético y la responsabilidad civil del profesional*. Buenos Aires: La Ley.

- Bustamante Alsina, J. (1973,1992). *Teoría general de la responsabilidad civil*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Bustamante Alsina, J. (1976). *Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión*. Buenos Aires: La Ley.
- Bustamante Alsina, J. (1987). *Algunas acotaciones críticas al proyecto de unificación legislativa civil y comercial*. Buenos Aires: La Ley.
- Bustamante Alsina, J. (1989). *Teoría general de la responsabilidad civil (6a ed.)*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Bustamante Alsina, J. (1991). *La voluntad de cada uno es el sólo árbitro para decidir una intervención en su propio cuerpo*. Buenos Aires: La Ley.
- Bustamante Alsina, J. (1992). *Responsabilidad de las clínicas por mala praxis en su cuerpo médico*. Buenos Aires: E.D.
- Bustamante Alsina, J. (1993). *Cuestiones de responsabilidad médica subsecuentes a un acto quirúrgico delicado*. Buenos Aires: La Ley.
- Bustamante Alsina, J. (1993). *Responsabilidad profesional del médico por el hecho ajeno*. Buenos Aires: E.D.
- Cabral, L. (1991). *Compendio de Derecho Penal*. Buenos Aires: A. Perrot.
- Cabral, L. (1991). *Compendio de Derecho Penal*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Campagnucci de Caso, R. (1991). *Responsabilidad médica y responsabilidad colectiva*. Buenos Aires: La Ley.
- Campagnucci de Caso, R. (1992). *La responsabilidad de los médicos*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Carrara, f. (1944). *Programa de Derecho Criminal*. Buenos Aires: Depalma.
- Casares, T. D. (1974). *La Justicia y el Derecho (3a ed.)*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Casares, T. D. (1974). *La Justicia y el Derecho., 3º edicion*. Buenos Aires: A. Perrot.
- Casiello, J. J. (1992). *La extensión del deber de reparar en la responsabilidad profesional*. Buenos Aires: Platense.
- Cassagne, J. C. (1982). *Derecho Administrativo*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Castro Dassen, H. N. (1982). *Código de Hammurabi, antecedentes históricos y arqueológicos*. Buenos Aires: Del Jurista.
- Castro Dassen, H. N.-G. (1982). *Código de Hammurabi, antecedentes Históricos y arqueológicos*. Buenos Aires: Del Jurista.

- Chausovsky, G. (1989). *Las profesiones liberales en el proyecto de unificación*. Buenos Aires: La Ley.
- Chiapero de Bas, S. y. (1991). *La carga de la prueba en materia de responsabilidad médica*. Córdoba: La Ley.
- Cifuentes, S. (1988). *Elementos de Derecho Civil*. Buenos Aires: Astrea.
- Cobo Plana J. (2016). *Metodología para valorar el daño corporal con el nuevo baremo de tráfico*. Barcelona España. Editorial Bosch.
- Colombo, L. (1965). *Culpa Aquiliana. Cuasidelito*. Buenos Aires: La Ley.
- Covelli, J. (2014), *Manual de Medicina Legal y Deontología Médica*, Buenos Aires: ALfaomega.
- Creus, C. (1990). *Ideas Penales Argentinas*. Buenos Aires: Depalma.
- Creus, C. (1993). *Falsificación de documentos en general*. Buenos Aires: Astrea.
- Criado del Rio, M. (2010). *Valoración Médico Legal del Daño*. España. S.A. Colex Editorial
- D´Albora, F. (1968). *La justicia federal*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- D´Albora, F. (1994). *Código Procesal Penal de la Nación comentado*. Buenos Aires: Perrot.
- Dayenoff, d. E. (2000). *Código Penal concordancias, comentarios y jurisprudencia*. Buenos Aires: A.Z.
- De Martini, S. y. (1991). *Una errónea interpretación de la Ley*. Buenos Aires: La Ley.
- Diaminovich de Cerredo, L. (1988). *Delitos contra la propiedad*. Buenos Aires: Universidad.
- Diaz, C. (1965). *El cuerpo del delito en la legislación procesal argentina*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Eisner, I. (1992). *La prueba en el proceso civil (2a ed.)*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Fernández Costales, J. (1988). *El contrato de servicios médicos*. Madrid: Civitas.
- Fernández Hierro, J. M. (1984). *Responsabilidad civil médico - sanitarias*. Pamplona: Arazandi.
- Ferreya, V. (1992). *Los presupuestos de la responsabilidad profesional*. Buenos Aires: Platense.
- Fontan Balestra, C. (1987). *Derecho Penal*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Fontan Balestra, C. (1988). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Garay, O. E. (1994). *Código de derecho médico. Legislación, Doctrina Jurisprudencia*. Buenos Aires: Ad - Hoc.
- García, L. M. (1990). *Criminalidad de empresa*. Buenos Aires: Ad - Hoc.

- Gesualdi, D. M. (1992). *La prueba de la culpa en la responsabilidad profesional*. Buenos Aires: Platense.
- Gherzi, C. (1990). *La excusación de la responsabilidad médica en establecimientos hospitalarios estatales*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Gherzi, C. A. (1998). *Responsabilidad por prestación médico asistencial*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Gherzi, C. A. (1998). *Responsabilidad Profesional*. Buenos Aires: Astrea.
- Gilbert Calabuig, J. (1984). *Medicina Legal y Toxicología 5° edición*. Barcelona: Masson S.A.
- González Morán, L. (1990). *La responsabilidad civil del médico*. Barcelona: Bosch.
- Gordillo, A. (1979). *Tratado de Derecho Administrativo*. Buenos Aires: Macchi.
- Herrera M.;(2015). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado*. Buenos Aires. Infojus.
- Highton, E. y. (1991). *La relación médico - paciente*. Buenos Aires: Ad - Hoc.
- Hooft, P. F. (1999). *Bioética y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Depalma.
- Jimenez de Asua, L. (1950). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires: Ediar.
- Jimenez de Asua, L. (1984). *Libertad de amar y derecho a morir*. Buenos Aires: Depalma.
- Kemelmajer de Carlucci, A. (1992). *Últimas tendencias jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Kent, J. (1993). *Breves cavilaciones acerca de la problemática de la denominada mala praxis médica*. Buenos Aires: La Ley.
- Kraut, J. (1988). *El mito de la mala práctica médica*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Lavalle, H. (s.f.). *Defensa médica*. Buenos Aires: Extensión Profesional.
- Lopez Bolado, J. (1984). *Los medicos y el Código Penal*. Buenos Aires: Universidad.
- López Bolado, J. D. (1995). *La relación de causalidad en la actuación médica*. Buenos Aires: La Ley.
- Lorenzetti, R. (1990). *Salud y perjuicio*. Buenos Aires: La Ley.
- Lorenzetti, R. (1996). *Nuevos enfoques en la responsabilidad profesional*. Buenos Aires: La Ley.
- Lorenzetti, R. L. (1997). *Responsabilidad Civil de los médicos*. Buenos Aires: Rubinzal.
- Malamud Goti, J. E. (1983). *Política criminal de la empresa*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Malud Goti, J. (1983). *Política criminal de la empresa*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Mariani de Vidal, M. (1990). *Curso de Derechos Reales*. Buenos Aires: Zavalía.

- Marienhoff, M. (1983). *Tratado de Derecho Administrativo*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Martinez Paz, E. (1974). *Responsabilidad moral del profesional*. Buenos Aires: Publicaciones Acción Católica Argentina.
- Mazeaud, H. y. (1972). *Tratado Teórico Práctico de la responsabilidad Civil y contractual*. Buenos Aires: Ejea.
- Mazzinghi, J. (. (1993). *Responsabilidad médica un enfoque saludable*. Buenos Aires: E.D.
- Medona, A. y. (1995). *Mala Praxis Médica*. Buenos Aires: Prensa Médica Argentina.
- Meincke, M. J. (2001). *La mala praxis médica*. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Messina de Estrella Gutierrez, G. (1992). *Daños a la persona en la responsabilidad profesional*. Buenos Aires: Platense.
- Mobilio, J. (2002). *Estrategia médico legal en cirugía plástica*. Buenos Aires: Quorum.
- Mosset Iturraspe, J. (1985). *Responsabilidad civil del médico*. Buenos Aires: Astrea.
- Muñoz Garrido, R. (1986). *Aspecto Jurídico Penal de la eutanasia*. Madrid: Universidad de Comillas.
- Niño, L. F. (1994). *Eutanasia*. Buenos Aires: Universidad.
- Norberto, M. (2003). *Mala Praxis en Cirugía Plástica*. Buenos Aires: García Alonso.
- Nuñez, R. C. (1970). *El significado del concepto funcionario público en el Código Penal*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Nuñez, R. C. (1978). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires: Lerner.
- Oliva Vélez, F. (1982). *Responsabilidad civil de los médicos y de los establecimientos de asistencia médica*. Buenos Aires: La Ley.
- Orgás, A. (1970). *La culpa actos ilícitos*. Buenos Aires: Lerner.
- Orgás, A. (1961). *El consentimiento del damnificado*. Buenos Aires: La Ley.
- Orgás, A. (1973). *La ilicitud*. Córdoba- Buenos Aires: Lerner.
- Orgás, A. (1981). *La culpa*. Córdoba- Buenos Aires: Lerner.
- Orgás, A. (1992). *El daño resarcible*. Córdoba: Lerner.
- Palacio, L. (1995). *Manual de Derecho Penal Civil*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Parellada, C. (1987). *El tratamiento de los daños en el proyecto de Unificación de las Obligaciones Civiles y Comerciales*. Buenos Aires: La Ley.
- Parellada, C. (1989). *Responsabilidad y dependencia*. Buenos Aires: La Rocca.

- Parellada, C. (1992). *Responsabilidad del equipo médico*. Buenos Aires: Platense.
- Patitó, J. A. (2000). *Medicina Legal*. Buenos Aires: Ediciones Centro Norte.
- Perez de Leal, R. (1994). *El derecho a la negativa del paciente y el deber de asistencia del profesional*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Perez de Leal, R. (1995). *Responsabilidad Civil de los Médicos, Tendencias Clásicas y Modernas*. Buenos Aires: Universidad.
- Rabinovich Berkman, R. D. (1999). *Responsabilidad del Médico*. Buenos Aires: Astrea.
- Riu, J. A. (1981). *Responsabilidad profesional de los médicos*. Buenos Aires: Lerner.
- Rodriguez Jordán, M. (1998). *Mala Práxis Médica*. Buenos Aires: Ciudad Arg.
- Rodriguez Jordan, M. (1999). *Mala praxis médica*. Buenos Aires: Ciudad Argentina.
- Rojas, N. (1966). *Medicina Legal, 9º edición*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Roxin, C. (1997). *Derecho Penal*. Madrid: Civitas.
- Salvat, R. (1952). *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: La Ley.
- Sanchez Guisande, G. (1964). *Breve Historia de la Medicina*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Sánchez Guisande, G. (s.f.). *Breve historia de la medicina*. Buenos Aires: Ateneo.
- Sanguinetti, F. (1988). Responsabilidad ética y jurídica del cirujano. *Revista Argentina de Cirugía*, 1.
- Soler, S. (1992, 1994). *Derecho Penal Argentino*. Buenos Aires: TEA.
- Sosa, S. (1994). *Manual de mala praxis médica*. Buenos Aires: Juris.
- Sproviero, J. (1994). *Mala praxis*. Buenos Aires: Abeledo - Perrot.
- Tazza, A. (2018). Código Penal de la Nación Argentina Comentado. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni.
- Tobías, J. (1983). *El fundamento de la responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos asistenciales y su responsabilidad en el hecho de las cosas*. Buenos Aires: La Ley.
- Tobías, J. (1984). *En torno a la responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: E.D.
- Tobías, J. (1993). *El consentimiento del paciente en el acto médico*. Buenos Aires: E.D.
- Trigo Represas, F. A. (1995). *Reparación de daños por mala praxis médica*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Vazquez Ferreira, R. (1992). *Daños y Perjuicios en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Hammurabi.

- Vázquez Ferreyra, R. (1991). *Prueba de la culpa médica*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Vázquez Ferreyra, R. (1992). *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Vázquez Ferreyra, R. (1992). *Responsabilidad Civil por error de diagnóstico*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Vázquez Ferreyra, R. (1993). *Responsabilidad por daños*. Buenos Aires: Depalma.
- Vázquez Ferreyra, R. (1993). *Valor vida y otras cuestiones referidas al daño a la persona*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Venini, J. C. (1987). *La responsabilidad por daños ocasionados por el empleo de productos farmacéuticos*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Vidal, H. (1985). *Ilicitud. Justificación*. Córdoba: Lerner.
- Von Ihering, R. (1972). *El fin del Derecho*. Buenos Aires: Vientin.
- www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos.../Publicacion%20Adolescentes.pdf
- Yzquierdo Tolsada, M. (1989). *La responsabilidad civil del profesional liberal*. Madrid: Reus.
- Zaffaroni, E. R. (1973). *Consentimiento y lesión quirúrgica*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.
- Zaffaroni, E. R. (1988). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires: Ediar.
- Zannoni, E. (1987). *El daño en la responsabilidad civil*. Buenos Aires: Astrea.
- Zannoni, E. (1992). *Responsabilidad emergente de manipulación genética*. Buenos Aires: Plantense.
- Zavala de Gonzalez, M. (1996). *Responsabilidad del jefe de un equipo médico*. Buenos Aires: La Ley.
- Zuccherino, R. M. (1994). *La praxis médica en la actualidad*. Buenos Aires: Depalma.