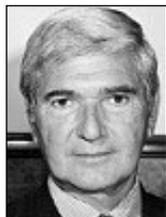


# El Síndrome Clínico Judicial

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo,<sup>1</sup> Prof Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar,<sup>2</sup>  
Dra L Nora Iraola,<sup>3</sup> Dra Analía Rodríguez de Salvi<sup>4</sup>



Prof Dr Elías  
Hurtado Hoyo



Prof Dr Hernán  
Gutiérrez Zaldívar



Dra L Nora Iraola



Dra Analía  
Rodríguez de Salvi

## Resumen

En 1993 se definió como Síndrome Clínico Judicial a todas las alteraciones que modifican el estado de Salud de un individuo sometido a una situación procesal durante sus distintas etapas y/o luego de haber ella concluido. Engloba las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir. Reconoce factores predisponentes, desencadenantes y agravantes. La noxa agresora son palabras (oral y escrita). Se han descrito alteraciones orgánicas, psicológicas y conductuales. Se reconocen lesiones temporarias, permanentes o definitivas (muerte). Una secuela importante es la medicina defensiva. Se debe hacer prevención del SCJ. Se aconseja la Educación en conjunto para ambas áreas (legal-médica).

## Summary

### Judicial Clinical Syndrome

In 1993, Judicial Clinical Syndrome was defined as all the disorders that modify an individual's state of health during and after the time that said individual is subjected. The definition includes physical psychic and moral alternations that the process may produce. Predisposing, unfettering and aggravating agents have been recognized. The aggressive noxa means words (oral and) written. Descriptions are included of organic, psychic and behavioral alterations. Temporary, permanent and definitive (lethal) lesions are discussed. An important consequence is defensive medicine. Steps should be taken to prevent JCS. An education based in both the legal and medical fields is recommended.

## I) Introducción

El objetivo de la medicina es defender la salud de la persona sana mediante la prevención, y procurar en la enferma el restablecimiento de su salud, mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, a la par de promover su rehabilitación física, psíquica y social.

**El objetivo del derecho es el de dictar normas que ordenen la conducta de los individuos en la sociedad, indicar y normar el modo de relacionarse entre ellas y las autoridades, definir y aplicar quién sancionará las conductas indebidas, a través del proceso judicial que corresponda.**

Todo en medicina se hace por y para las personas, estén ellas sanas o enfermas. La mayoría de los profesionales de la salud abrazan esta disciplina con el deseo de satisfacer sus profundas convicciones de brindarse a la comunidad, apoyados en las raíces de sus principios religiosos, filosóficos y culturales del dar.<sup>10</sup> Lo trascendente es poder abarcar al hombre en su totalidad.<sup>1</sup> El camino de la Atención Médica es una búsqueda de la Verdad en Libertad. El mero conocimiento científico-técnico no alcanza en el acto médico porque se requiere siempre de la conciencia y la conducta del médico en cada una de las sucesivas tomas de decisiones, conjugando valores relacionados con lo ético en cuanto individuos y con lo moral en tanto forman parte de una sociedad humana en permanente movimiento. Sus respuestas transmitirán no sólo la "experiencia" en la profesión, sino también la "convicción" y la "madurez" adquiridas en su desarrollo existencial.

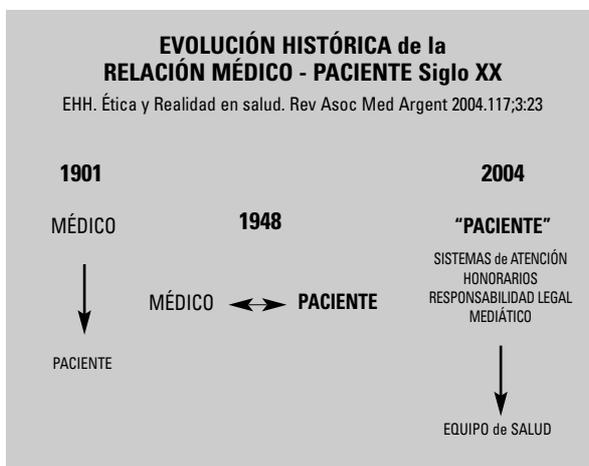
Debe considerarse en principio que el médico, al igual que todo hombre ético-jurídico-moral y social, es responsable por sí, salvo las excepciones y reconocimientos que prevé la Ley. Lo legal es el único límite aceptable por una sociedad de derecho y es en su seno donde deben producirse y llevarse a cabo las relaciones entre los individuos. Su labor específica es el Acto Médico, al que se agregan entre otros la educación, la investigación, la relación con el paciente-familia e instituciones, la integración a un grupo multidisciplinario y la responsabilidad por y con el equipo que conduce.<sup>11,12</sup>

<sup>1</sup>- Profesor Consulto de Cirugía (UBA). Miembro Correspondiente Academia Nac. Medicina de Paraguay y Córdoba. Titular Academia Argentina de Cirugía. Presidente Asociación Médica Argentina.  
<sup>2</sup>- Abogado, Asesor Legal y MHN AMA, Presidente Comité Peritos Médicos AMA. Profesor Titular Universidad del Salvador - París I, La Sorbonne, Francia.  
<sup>3</sup>- Médica Legista. Especialista (RC) Medicina Interna y en Derecho del Trabajo. Perito Médica Legista. Presidente del Tribunal de Ética para los Equipos de Salud AMA (TEPLAS).  
<sup>4</sup>- Médica Legista. Especialista (RC) en Oftalmología.

Mucho ha transcurrido desde las primeras comunidades humanas de la Aldea Neolítica donde la medicina era ejercida por los brujos y sus augurios arbitrarios que reposaban más en el temor y la ignorancia que en el conocimiento. La *doxa* griega es la opinión simple emitida sin fundamento, mientras que la *episteme* griega, es la opinión fundada. Con los cambios filosóficos de la conducta del hombre, sobre todo a partir de las declaraciones universales sobre sus distintos derechos, a mediados del siglo XX la medicina vertical paternalista ha pasado decisivamente a una situación de horizontalidad en la toma de decisiones, surgiendo merced a ello las relaciones de valor y de respeto consensuado (cuadro N° 1). Es dentro de ese intercambio humano con sus pautas de libertad entre los seres donde se establece la relación horizontal de la convivencia, entre el paciente que procura su salud y confía en quien ha buscado por idoneidad y el médico que protege a su semejante y procura por ende su salud, y a la vez la comprensión de sus actos y conductas terapéuticas por parte del paciente. Por ello, gran parte del secreto de la calidad en la atención médica reposa en la necesaria y mutua actitud de confianza como sustento de la relación médico-paciente, donde éste último debe manifestarse con amplitud y claridad, y el médico debe a la par, respetar la comprensión de los actos del médico por parte del paciente y la confiabilidad de los datos que recibe.

El ejercicio de la medicina es muy complejo. En cada consulta pueden surgir variadas situaciones y problemas que plantean distintas actitudes (cuadro N° 2). Asimismo, por la natural e inevitable diferencia biológica, anatómica y fisiológica de cada persona, existe una diferencia en sus respuestas, que dependen necesariamente de cada individuo, lo que lo convierte en aleatorio. Estas circunstancias hacen que en la actualidad crezca la preocupación en el ambiente médico al constatar la facilidad con que sus actos pueden ser cuestionados en un ambiente judicial que es totalmente extraño a su quehacer diario, a través de otra ciencia del conocimiento humanístico que se encuentra formada y desarrollada

**Cuadro 1.**



con muy distintos parámetros a los que son propios del médico. Lamentablemente, la realidad enseña que cuando alguien sufre un infortunio piensa de inmediato más a quién podría responsabilizar de ello que a aceptar qué pueda haber sucedido como consecuencia de sus condiciones (características morfológicas, genéticas), a sus actitudes, a circunstancias, al incumplimiento de la terapia indicada o inclusive a circunstancias derivadas de su propia torpeza.

**Cuadro 2.**

<b>CONFLICTO EN LA TOMA DE DECISIONES</b>	
EHH; Responsabilidad Legal del Jefe del Equipo Quirúrgico. Rev ASOC MED ARGENT 1994,107:25	
SITUACIÓN	PROBLEMA
Juramento hipocrático	Principio de supervivencia
Normas éticas y deontológicas	Industria de los juicios
Principios de confianza	Secreto médico
Autonomía del paciente	Divulgación científica
Identidad y pertenencia	Investigación
Límites de recursos	Honorarios
Derecho a muerte digna	Cirugía defensiva
Leyes, Guerras	Eutanasia, Suicidio

El acto médico (se testa "**correcto o incorrecto**"), al ser realizado, puede encontrarse básicamente con dos situaciones de **repercusión social y legal**: a) ser aceptado, lo que usualmente comprende a la mayoría de los actos asistenciales y no trae aparejado ningún conflicto legal; o, b) no ser aceptado, con o sin razón, motivado ello por las variables y derivaciones de la medicina en exceso (imprudencia), medicina en menos (negligencia) o medicina mal hecha (impericia), configurándose la conflictiva de la responsabilidad legal (mala praxis). Debe tenerse presente también que un acto médico no realizado puede ser no aceptado, generando la figura del abandono.<sup>6, 8, 9</sup> (cuadro N°8)

Probablemente y en pocas oportunidades, el comportamiento paranoico y la proyección de culpa de los enfermos y/o de sus familiares no alcanzaría en la mayoría de las veces para justificar el iniciar una demanda si no entrasen coetáneamente en escena otros partícipes que les incitasen a ello, quienes con buena o tal vez no tan buena fe, aconsejan ese camino. Se puede comenzar a litigar contra un médico por motivos justos o injustos, por desesperación, por venganza o por lo que fuere, pero casi siempre, o siempre, todo termina conjugado en un reclamo de dinero, como si la obtención del mismo fuese un bálsamo divino que cicatrizará cualquier herida. En estas condiciones, ¿a quién le interesa realmente el sufrimiento médico? Y con el aumento indiscriminado de las demandas, en un futuro, ¿a quién le interesará el sufrimiento del paciente?

Por otra parte, las **normas deontológicas** de los

profesionales del derecho permiten a los abogados ofrecer sus servicios al paciente o a sus familiares no satisfechos de la atención médica, lo que debe ser considerado correcto. Lo que el médico no comprende es que en áreas críticas para la salud del enfermo y para la salud de los trabajadores de la salud,<sup>4,9,17</sup> se incentiven las demandas judiciales, dado que este tipo de contrato implica el concepto de "quotallitis", es decir, repartirse con el "damnificado" el importe de la indemnización. Esta situación debe ser considerada como un Factor de Alto Riesgo para la profesión médica por la **violencia laboral** que implica, más si se tiene en cuenta que las leyes y la evolución de la jurisprudencia en este campo consideran que existen posibilidades de éxito en la reclamación. Esto ha generado incremento en el costo de las pólizas de seguros, ausencia de acuerdos en las conciliaciones previas judiciales e incrementos no muchas veces ecuanimes en la tasación de las condenas.

El **objetivo** de la presente comunicación es actualizar un tema que, cuando fuera presentado hace varios años, tuvo alta repercusión en ambos ambientes, tanto en el de la medicina como en el del derecho. Si bien en la última década se realizaron numerosos encuentros para el intercambio de opiniones, las leyes en vigencia y el crecimiento del número de demandas en este período nos motiva para volver a tratarlo en mérito a su vigencia. Es necesario hacer Educación en conjunto y en forma permanente para ambas profesiones sobre estos aspectos.

### Síndrome Clínico Judicial

En 1993 definimos como "Síndrome Clínico Judicial" (SCJ) a todas las alteraciones que modifican el estado de Salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación-mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido. Engloba a todas las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir.<sup>2,3,8,9</sup>

El término "**Síndrome**" (del griego "simultaneidad") se utiliza para referirse al cuadro clínico o conjunto sintomático de una enfermedad que reúne da-

tos similares o idénticos de síntomas y signos etiológicamente no específicos expresados en un mismo tiempo. Define a una afección o trastorno complejo; no debe confundirse con el "complejo de síntomas de una enfermedad" o la "secuencia de síntomas". Cualquier estado patológico puede calificarse ahora de síndrome. No hay una definición única que sea representativa de todas las variantes de su uso. Los principales usuarios del término son los dismorfólogos y genetistas. En otros contextos su implicancia y alcances son distintos; su definición se adapta a las necesidades de cada autor.

Con el término **Clínico** que utilizamos se desea resaltar el concepto de algo que se desencadena sin violencia física, traumatológica; es sólo violencia psicológica.

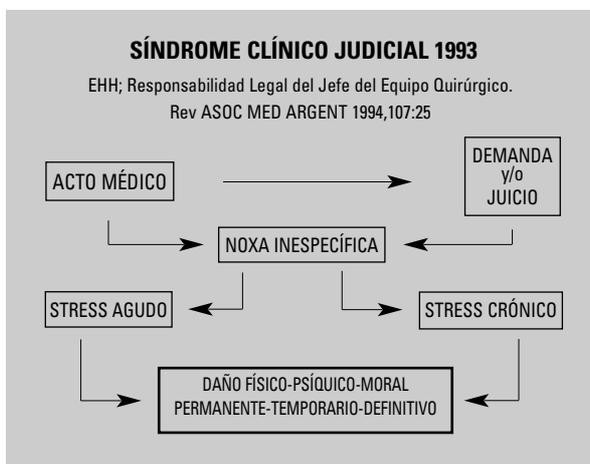
El término **Judicial** (perteneciente o relativo al juicio, a la administración de justicia, a la interpretación de la ley o a la judicatura), se concentra la atención sobre las distintas respuestas patológicas que se pueden generar en distintas personas frente a distintas noxas que si bien son variables en jerarquía, intensidad, ambiente, tiempo y volumen, tienen en común el estar relacionadas a la situación procesal. Representa a esas distintas noxas como única noxa específica.

Este síndrome puede englobarse en uno más general como el "**síndrome a lo inesperado o a lo desconocido**", que comprende, la repercusión frente a una situación no habitual, una crisis existencial o a una situación límite, donde las respuestas son totalmente distintas en cada hombre.

Dentro de los **factores predisponentes** (terreno) del síndrome se pueden reconocer entre otros a la labilidad psicofísica previa; al exceso de horas de trabajo; el trabajar en instituciones no acreditadas con déficit edilicios, y/o de equipamiento y/o insumos; el trabajar en áreas críticas; la mala relación médico-paciente-familia-institución; el absorber responsabilidades asistenciales no relacionadas a su nivel de preparación científica; y el aceptar trabajos con mala retribución económica. Asimismo, está perfectamente demostrado que el nivel o **grado de vulnerabilidad** está en íntima relación con los hábitos (dieta, tabaco, alcohol, drogas, deporte, horas de sueño, etc), al ajuste psicológico (niveles de estrés) y a lo social (apoyo), de cada individuo.<sup>4,13</sup>

El **factor desencadenante** (factor etiológico-noxa) es la acción judicial de por sí (cuadro N°4). De la demanda hay que separar dos aspectos bien definidos generadores de algún grado de estrés en forma independiente. El primero es la angustia y la incertidumbre que conlleva la generalmente sorpresiva llegada al domicilio personal del médico de la notificación de la demanda, y segundo, y no menos importante, es el léxico categórico aseverativo y muchas veces violento que se usa (a través de la palabra escrita) por ambas partes del litigio. Para el mundo de la medicina ello sobrepasa con creces la capacidad de comprensión de por qué son necesarias esas aseveraciones aún no comprobadas y que en general para el demandado no son existentes ni

### Cuadro 3.



comprobables. Su formación del dar y de hacer el bien aún en condiciones muy adversas están en las antípodas de la mecánica judicial. La noxa judicial no es sólo la palabra escrita u oral, sino todo lo relacionado al proceso y que a veces excede la comprensión racional y formativa del médico. La acción de la noxa judicial no sólo actúa en el médico sano o supuestamente sano, sino también en su núcleo familiar y social porque altera decisivamente su vida profesional y particular.

**Cuadro 4.**

**SÍNDROME CLÍNICO JUDICIAL**

FACTOR DESENCADENANTE

(Factor etiológico-noxa)

**Es la acción judicial de por sí**

1. Notificación
2. Léxico categórico aseverativo y violento que se usa (palabra escrita y oral)

Entre los **factores agravantes** <sup>8,9,17</sup> se pueden señalar: la actitud errónea o de alta necesidad (negación, soberbia) del equipo de salud y sus organizaciones de actuar en sistemas de salud perversos; pacientes o familias conflictivas y no contenibles psicológicamente; propaganda que incita a los juicios en su propio medio laboral (hospitales públicos y de comunidad, sanatorios); no documentar bien la historia clínica del paciente; pérdida de la confidencialidad de los registros médicos; indiscreción mal intencionada de algún miembro del equipo de salud; la alta publicidad que le dan en ciertas circunstancias los medios de comunicación a episodios que no tienen fallos de la justicia; desconocimiento de las leyes del Ejercicio Profesional; desconocimiento de los Derechos de los Enfermos; no utilizar la Segunda Opinión; desconocimiento del comportamiento ético y otros. <sup>5,8,10,18</sup>

La incorporación del médico a un proceso implica ciertamente para él un estado de expectativa y de incertidumbre, al verse compelido a vivenciar lo desconocido e inesperado. Si bien afecta las distintas esferas del médico-individuo humano, las características que adquiere el SCJ dependen de la estructura de la personalidad y de la capacidad temporal del órgano o sistema de respuesta o de choque de cada individuo presentando sintomatología dominante. Algunos no modifican su estado de Salud manteniendo su equilibrio psicoemocional o los cambios son imperceptibles; sin embargo, a la mayoría les genera alteraciones pudiendo plausiblemente desencadenar un **cuadro de estrés agudo** o un

estrés crónico. Entra en desconcierto, ansiedad, desesperación, angustia y miedo frente a las implicancias de un juicio por los mecanismos de adaptación. Abarca, entre otras situaciones, lo que se "siente" cuando simplemente lo citan como testigo en alguna actuación procesal. Algo parecido le sucede a un abogado, juez o miembro de alguna corte cuando concurre a un consultorio médico frente a una factible enfermedad. En general, cuando alguien cambia su hábitat por una situación que implique responsabilidad, ese nuevo contexto no habitual para él le genera por lo menos una modificación psicoemocional ante lo que no domina, no conoce y depende de terceros. En forma esquemática se han observado los siguientes **Cuadros Clínicos** que en la mayoría de las veces se superponen y potencian:

**Alteraciones orgánicas:** asma bronquial; hemorragias digestivas; infarto de miocardio; hipertensión arterial; cefaleas; accidentes vasculoencefálicos; diarreas; dermatopatías; inmunodepresión, agotamiento físico; y otras.

**Alteraciones psicológicas:** angustia; ansiedad; depresión; ideación paranoide; inestabilidad emocional; irritabilidad; disfunciones sexuales; insomnio; y otras.

**Alteraciones conductuales:** bloqueo intelectual; frustración moral; despersonalización; caída de la autoestima; trastornos de conductas personales, de relación familiar y/o social; modificación de la relación médico-paciente, médico-familia, médico-médico, médico-institución; medicina defensiva; consumo de tóxicos (fármacos, alcohol, drogas, otros); y otras.

La forma de presentación en general es de aparición brusca, aguda o sobreaguda, en relación inmediata al recibir la notificación, pero puede ser de instalación progresiva a través de los distintos tiempos procesales, o ser tardíos, aún después de terminar el juicio. La **gravedad** varía de formas subclínicas a las clínicas; éstas a su vez se expresan por cuadros leves, moderados o graves. Se puede mantener un determinado estado base de inadaptación, exacerbándose con crisis periódicas relacionadas a las distintas etapas judiciales o por la aparición de factores agravantes, como puede ser una noticia periodística (lo mediático) referida al caso particular que lo afecta o relacionado, o por crisis familiares, o por repercusión social en el trabajo, o en las sociedades científicas, y otros. Las formas más graves provocan lesiones no reversibles definitivas, como secuelas orgánicas o psicológicas invalidantes. La expresión máxima es la **muerte** por evolución desfavorable de un cuadro orgánico (infarto de miocardio, coma cerebral y otros) o por perturbaciones de la conducta que lo lleven al suicidio. El caso del anestesista de Córdoba que se suicidó un mes antes de llegar a conocer que sería absuelto y que la demanda en su contra sería rechazada (1993) fue el hecho emblemático que motivó a uno de los autores a profundizar el análisis del tema y dio origen a la descripción de este SCJ. <sup>8,9</sup> (cuadro N° 5)

**Cuadro 5.**

<b>SÍNDROME CLÍNICO JUDICIAL</b>	
FORMAS CLÍNICAS	
1. Temporaria y/o Permanente	
2. Defenitiva:	MUERTE

Una **secuela** importante observable en la conducta futura del médico es el tema subyacente de la medicina defensiva y/o evasiva y/o insuficiente y/o en exceso. Verá al paciente futuro como un potencial demandante, con lo cual se le hará difícil una relación médico-paciente distendida junto a la pérdida de la capacidad de iniciativa frente a una situación potencialmente complicada. No aceptará pacientes de riesgo o tendrá pánico de equivocarse, lo que lo llevará a cambiar de especialidad o al abandono definitivo de la práctica profesional. Si bien el mayor número de demandas no prosperan, eso no significa que el médico no quede afectado por lo menos en su honor para toda la vida. Otras vivencias se producen mientras dura el proceso judicial -2 a 10 años- acrecentadas por las posibles penas privativas de libertad o del ejercicio profesional y condenas al pago de ingentes sumas de dinero. El médico aún sabiéndose inocente, vacila, no sabe si debe o le convendrá vender sus propiedades o irse del país con su familia, vacila acerca de que valga la pena seguir estudiando, si seguir trabajando para pagar el juicio, si le van a sacar el título y otros hechos. Una sanción que acarrea una inhabilitación especial para ejercer la medicina significa de alguna forma "causar la muerte civil", ética y moral del médico y también de su familia. Si se proyecta este análisis con una visión más abarcativa se puede señalar que también es la sociedad en su conjunto la que se perjudica al frustrarse recursos humanos que tanto cuesta generar. El exceso de demandas injustificadas ya ha generado un cambio de actitudes provocando un resquebrajamiento en la relación médico-paciente de distinto grado, de forma consciente o inconsciente por el simple mecanismo adaptativo conductual. Va a llevar muchos años revertir esta situación hasta lograr el equilibrio justo que requieren ambas partes.

La **Prevención** (primer nivel de la Atención Primaria de la Salud) para evitar la factible instauración del SCJ se basa desde el punto de vista preventivo formal y práctico en la correcta atención médica; en la buena relación médico-paciente y en una pormenorizada Historia Clínica.<sup>5,7,15</sup> Esta última, como prueba instrumental, sigue siendo el documento más importante en el momento de analizar las pruebas en el ámbito judicial. El otro elemento ins-

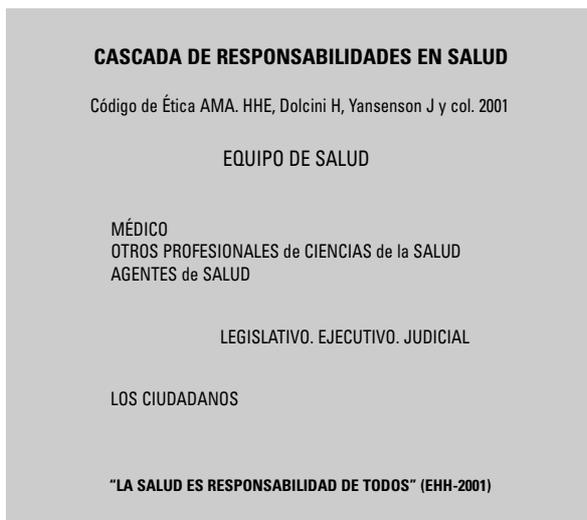
trumental, a veces cuestionado, es el Consentimiento Informado,<sup>16</sup> que debe ser un consentimiento con una detallada y clara información previa, características que muchas veces se ignoran pensando que alcanza con sólo hacer firmar un formulario preestablecido. La Prevención Intelectual gira en la responsabilidad propia del Ser Médico, teniendo apoyo en la Educación Médica Continua, por no ser la medicina una ciencia exacta con interrogantes y respuestas en permanente evolución. Su accionar se discute todos los días en los centros asistenciales-docentes, en las recorridas de sala, en los ateneos y en las sociedades científicas. Esta modalidad educativa es precisamente la búsqueda de la verdad tangible.

Asimismo, el espíritu de la Prevención es observable en la toma de decisiones de las Instituciones Científicas (cuadro N°6); en los Programas de Acreditación, de Certificación y de Recertificación; en los Códigos Deontológicos (Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina, 2001);<sup>10</sup> en las Declaraciones Universales (Nüremberg 1946; Helsinski, 1964; Tokio 1972; Ginebra, 1976, etc); en las consensuadas Normas de Atención Médica tanto de procedimientos diagnósticos como terapéuticos; en la capacitación en temas del Ejercicio Profesional; y, en la integración activa de los Comités de Asesoramiento Ético Institucionales.<sup>6</sup> Queda asimismo, con la demanda en curso, el planteo de la acción de retorno o de repetición (*plus petitum inexcusatum*) sabiendo que en la mayoría de los casos el letrado patrocinante del demandado no explica este instrumento legal. El Equipo de Salud debe ser partícipe activo en el esclarecimiento de estos temas buscando el acercamiento para un buen asesoramiento a nivel de los tres poderes de la Nación, Legislativo, Judicial y Ejecutivo, como partes de la "**Cascada de Responsabilidades en Salud**",<sup>8</sup> al reconocer que la "**Salud es Responsabilidad de Todos**".<sup>10,12,14</sup> (cuadro N°7)

**Cuadro 6.**

<b>AMA. TEMAS DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>	
EHH. Ética y Realidad en Salud. Rev. Asoc Med Argent 2004, 117;3:23	
1991-	Unificación Código Civil y Comercial
1992-	Decreto 150
1993-	Ley de Patentes
1993-	SÍNDROME JUDICIAL
1994-	Comité de Recertificación
1998-	Código Penal. Art.84-94
2000-	Cambio de Estatutos
2001-	Código de Ética para el Equipo de Salud
2002-	Inscripción y Registro de peritos Médicos
2002-	Firma Digital
2002-	Ley 25649
2003-	Decreto 10. Certificación-Revalidación
2004-	HGZ. 1ª la Precia Médica
2004-	Litigiosidad indebida
2005-	Derechos del Equipo de Salud
2005-	Colegio de Médicos de la C. A. BsAs

Cuadro 7.



### Comentarios

Los grandes cambios conceptuales que se han producido en lo referente a la concepción ética del hombre hacen que deban comentarse los temas fundamentales desde el punto de vista de las ciencias médicas con el objetivo de compartirlo con el mundo de las leyes. Las diferencias semánticas que hay entre ambas disciplinas, Medicina-Abogacía, lleva muchas veces a la incomprensión por razones de formación de las categorías manejadas por el derecho y por la existencia de una "racionalidad de diferente construcción".<sup>2</sup> Como la mayor parte de la Legislación ha sido enunciada en base al concepto biomédico antiguo de la salud, y teniendo en cuenta que cuando la persona entra en el terreno jurídico como acusado en el momento de recibir la demanda puede estar totalmente en sus plenas funciones (persona sana) o tener previamente alguna alteración de su salud (persona enferma), es oportuno aclarar qué se entiende actualmente por Salud y por Enfermedad. Estos enunciados permiten interpretar con mayor claridad el SCJ, sus variantes clínicas y las consecuencias del mismo.

La palabra "**Salud**" proviene del latín "*saluus*", que a su vez deriva del griego "*ólos*", cuyo significado es simple y absolutamente "**todo**". Mantiene una relación etimológica y semántica con la palabra "salvación", con una referencia a la condición ideal "total". Resulta difícil encontrar una definición única y universal de dicho término, estando más relacionado al contexto en que se usa: médico asistencial, cultural de los pacientes, sociológico, legal, económico y político, histórico, filosófico y antropológico, y el ideal o utópico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "en su nivel óptimo, la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, unido al pleno desarrollo de las potencialidades personales y sociales; y no la mera ausencia de males o enfermedades". La salud es necesaria para la vida cotidiana (trabajo, estudio, placer, ocio, creación).

Se define como "**Enfermedad**" a la "alteración más o menos grave de la salud". Implica un debili-

tamiento del sistema natural de defensa del organismo. Su estudio corresponde a la patología, palabra que deriva de *pathos*, vocablo que tiene varias acepciones como "todo lo que se siente o experimenta, padecimiento, enfermedad, estado del alma, tristeza, pasión". La palabra griega usada para designar la enfermedad como proceso, es "*nosos*", la latina "*morbus*". Hoy se entiende por nosología la descripción y sistematización de las enfermedades. Su interpretación no es la misma para toda la humanidad.

Entre ambos extremos se ubican diferentes estadios intermedios de salud, **Salud Relativa**, en los que se incluyen a los individuos con algunos síntomas que expresan la disfunción de órganos o sistemas que no les impiden integrarse plenamente a una actividad normal. Estas personas se "autoconsideran sanas", siendo éste el estado natural de la mayoría. Esta sencilla interpretación ha producido un cambio cualitativo en los criterios invocados para definir la salud y/o la enfermedad, basados hasta hace no mucho tiempo exclusivamente en términos orgánicos, dando lugar a la aparición del **modelo bio-psico-social de la salud**. La salud es una variable dependiente de la capacidad de adaptación. El nivel de la misma oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos. La calidad de vida confronta con un permanente proceso social de constante tensión y conflicto. Asimismo, puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente puede sentirse bien y continuar llevando a cabo sus actividades habituales. Por contraparte el "individuo sano" puede "sentirse enfermo" que corresponde a "enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad comprobable médicamente". Es la situación del recurrente "somatizador" cuyos exámenes no demuestran la presencia de algún problema orgánico o los hallazgos no justifican que siga refiriendo una enfermedad discapacitante. En la somatización, como desorden psiquiátrico "disfrazado" (depresión o ansiedad), la persona solicita ayuda manifestando síntomas variados que sólo son la parte emergente de un trastorno afectivo.

En este contexto surge "**el comportamiento**" como la respuesta a la adaptación. Representa el área de intersección de los distintos aspectos que conforman al hombre. Abarca las llamadas cogniciones, respuestas biológicas no observables en sí mismas y las conductas manifiestas u observables. Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano, son las mismas para el comportamiento normal y el anormal, para la salud y la enfermedad. Se caracterizan por su bidireccionalidad con una continua regulación. Se reacciona ante el medio rechazándolo, integrándose al mismo o tratando de modificarlo.

El reconocimiento de la influencia directa de los aspectos psicológicos sobre la vulnerabilidad de los individuos ha centralizado su visión en una nueva y prometedora área de carácter eminentemente interdisciplinaria denominada **Psiconeuroendocrinoinmunología**. Ella se concentra en el estudio de las rela-

ciones entre los sucesos psicológicos y las alteraciones en las áreas endócrina e inmunitaria, mediante el descubrimiento de puntos de conexión entre las mismas y el sistema nervioso. Se modifican según si el conflicto se encuentra en curso o en solución. Sin embargo, no son previsibles ni homogéneas ya que están en función además del espacio y del tiempo. El estrés se manifiesta tanto en lo individual como en el ámbito institucional. Las enfermedades, en especial las de tipo crónico, pueden constituirse en estresoras en sí mismas impactando en la evolución de la enfermedad. La manera por la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. El nivel del comportamiento puede analizarse en cómo enfoca el reconocimiento de sus síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de las prescripciones médicas y las conductas de rehabilitación.

El **diagnóstico** define la enfermedad o síndrome que padece el paciente a los que se les adjudica un nombre determinado, el cual al mencionarse los identifica. Se basa en dos elementos esenciales. Los **síntomas** (del griego: cualquier cosa que le ha sucedido a un individuo) que son las anomalías percibidas (sensaciones subjetivas) por el propio paciente y los **signos**, que son los trastornos objetivos hallados por el médico durante el examen físico, interpretados en base de un código, el del discurso de la medicina. El diagnóstico semiológico depende de la claridad en la descripción de los síntomas transmitidos por el enfermo, su familia o por terceros, y de la capacidad de su recolección y/o interpretación de los mismos (interrogatorio) junto a la capacidad de efectuar un correcto examen clínico por el médico. Algunos datos pueden ser comunes a distintas enfermedades, lo que motiva en la mayoría de los casos a realizar estudios complementarios. La generalización de estas pruebas en los controles de salud ha permitido diagnosticar enfermedades en ausencia de síntomas manifiestos, lo que impone utilizar con más cuidado el término de "no enfermedad".

Según la forma de presentarse la enfermedad se llega a la atención médica por urgencias (accidentes de tránsito, laborales, infarto de miocardio, accidente vasculoencefálico, intoxicaciones, otras), o por enfermedades subagudas o crónicas (cáncer, reumatismo, dermatopatías, otras). En las primeras los lugares no son elegidos; son circunstanciales, relacionados al lugar del hecho donde se produce el episodio, muchas veces solo, sin la compañía de familiares o amigos. En los casos crónicos la consulta es programada pudiendo elegir, en forma relativa, dónde hacerla, teniendo el apoyo de sus familiares. Son dos situaciones diametralmente opuestas donde el principio de confianza adquiere distintos valores.

El paso de Salud a Enfermedad está generado por un **Agente Etiológico**. La génesis causal, siguiendo la noción natural determinista, representa la explicación de la enfermedad en términos de la noción cau-

sa-efecto. Cuando se trata de un mecanismo en cadena, el efecto de uno pasa a ser causa de otro. Pueden distinguirse los factores predisponentes o condicionantes, los factores desencadenantes y los factores agravantes o intercurrentes que influyen en la evolución. A este conjunto de causas se denomina constelación causal. Una misma causa puede producir diversas formas de reacción, lo que justifica la aparente diversidad de efectos; si hay relación directa se habla de **reacción específica**. **Nocere** significa "hacer daño, "perjudicar". El sustantivo de este verbo es **noxia**, y el adjetivo **noxius**; provienen del término **necare/necem**, que encierra la idea de matar, pero no activamente, o al menos no violentamente, sino de "hacer morir" o "dejar morir". Está emparentado con el griego **nékys**, que deriva hacia el vocablo **necrós**, más conocido porque a partir del mismo surge la palabra "necrología"; mantienen el aspecto no violento, la idea de hacer mal más bien por omisión. **Nocens** sería el que conscientemente participa en el daño, e **in-nocens** el que no tiene en él ni arte ni parte.

La **noxia** (agente etiológico) actúa como gatillo o factor disparador del proceso mórbido. Los síntomas señales son considerados, en general, efectos de una causa: alguien o algo ataca, causa enfermedad, destruye. Puede provocar en las células cambios estructurales transitorios, y/o definitivos. En el primer caso se lo denomina daño celular subletal o reversible. Si los mecanismos de adaptación son superados, se producen lesiones celulares permanentes e irreversibles; se habla de daño celular letal o irreversible, antesala de la muerte celular (**necrosis**). La vulnerabilidad de la célula depende del tipo de noxa, de la duración e intensidad de su agresión y de su capacidad adaptativa. No hay ningún marcador funcional ni morfológico que permita predecir el momento exacto del paso de la fase reversible a la irreversible (punto de retorno). Según la rapidez de la producción del daño celular, éste puede ser de tipo agudo o crónico; al segundo se llega como respuesta progresiva o por reiteración de la actividad nociva en acción persistentemente continua o alternante. En forma esquemática se puede establecer que el agente etiológico lo trae el individuo al nacer o lo adquiere durante la vida. La primera situación está relacionada, en general, al genoma humano; su alteración puede diagnosticarse desde el embarazo o expresarse a través de los años; en ciertos casos se relaciona a un tipo definido de raza o de sexo. Durante la vida las causas son múltiples, muchas veces se imbrican. Se reconocen noxas físicas (arma de fuego o arma blanca, frío, calor, electricidad, radiaciones, accidentes de tránsito, otras); noxas químicas (drogas, alimentos, alcohol, tabaco, gases tóxicos, otras); noxas animadas (virus, bacterias, parásitos, otras); noxas psicológicas (violencia, indefensión, impunidad, otras) y otras.

Lo que deseamos resaltar es que en el proceso judicial por responsabilidad médica (**citación, mediación, conciliación, demanda, contestación de la demanda, trámite del juicio, audiencias, sentencia**) la noxa específica es la **palabra**; todo se hace y pro-

**Cuadro 8.**



duce a través de palabras. La población en general y los abogados en especial deben saber que la **palabra (oral, escrita, mímica, etc) mal utilizada no es inocua ya que puede actuar como noxa para la salud.** Siendo la palabra parte fundamental de los sistemas de comunicación de los seres humanos, su uso inadecuado la puede transformar en un agente agresor. Su efecto nocivo produce lesiones psicológicas y/u orgánicas graves como cualquiera de las otras noxas anteriormente mencionadas.<sup>8,9</sup> La palabra primaria no es un símbolo estrictamente restringido a un concepto sino más bien una imagen, una figura, un esbozo mental del concepto. Para interpretar el lenguaje de los otros no son suficientes las palabras; es necesario a su vez **comprender su sentido, pensamiento y aplicación.**

Existe una costumbre equivocada de que los juicios de responsabilidad legal se pueden hacer exclusivamente contra los médicos. La sociedad debe plantear este tipo de responsabilidad a otras áreas, como por ejemplo a los mismos abogados, por iniciar un juicio no justificado (imprudencia), no seguirlos como corresponde (negligencia); o por perder un juicio (impericia); a los legisladores que por desconocimiento aprueban leyes que dañan la salud de la población; a los funcionarios del ejecutivo que con sus medidas y/o decretos alteran el buen funcionamiento social; y otras circunstancias. Por otra parte, los Jueces deberían ser ponderados a la hora de aplicar la Ley y tener presente que los abogados no convalidan o Recertifican su título profesional ante sus pares como lo hacen voluntaria y periódicamente los médicos.

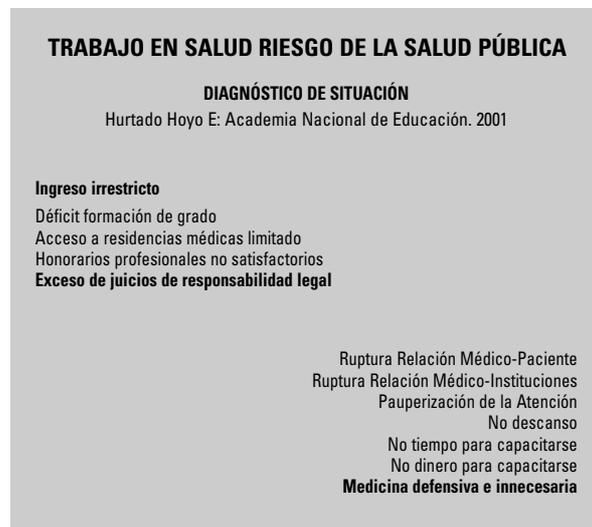
El estudio de los factores que pueden influir en la salud toma relevancia dentro de un enfoque sociopolítico que tienda al logro de la estabilidad de las sociedades. La lucha contra la enfermedad ha sido una constante en la historia de la Humanidad. Declarada un bien esencial, la salud de la población ha pasado a tener **status de Derecho Humano Básico** de responsabilidad compartida con el conjunto de

los ciudadanos y de las instituciones, sean del área médica o de otros sectores como educación, cultural, religioso, político, laboral, ecológico, justicia, seguridad y otros. El mantenimiento y la recuperación del estado de salud fue tradicionalmente encarado en forma individual; el planteo colectivo es reciente, formando ello una parte inescindible de nuestra cultura. Su análisis y comprensión supera a las disciplinas de la medicina de acuerdo a la estrategia de "promoción de la salud". Las ramas humanísticas adquieren un papel determinante para su comprensión. Lo que afecta a la salud amenaza la vida personal y el equilibrio social.

Con todo lo expuesto sólo se ha querido señalar el contexto en el que se desenvuelve la actividad del Equipo de Salud cuyo marco de referencia permite vislumbrar lo difícil y complejo que resulta a veces la toma de decisiones en un momento dado, sobre todo si se debe dar respuesta en forma rápida y dando a la par todas las soluciones posibles.

En muchas demandas judiciales por mala praxis ha habido más pasiones y apetencias incorrectas que razón verazmente fundada. Los hombres comprometidos con la ley deben actuar con prudencia; su accionar debe estar dirigido al resarcimiento de sus clientes cuando han sido objeto de alguna "mala praxis médica", sin involucrar a médicos y a sus propios clientes en una "industria de los juicios". Deben, al proceder, evitar dañar la salud de los que actúan para defenderla y, más aún, destinan su ciencia y su vida a tal cometido. No es un planteo de ocultismo ni tampoco de corporativismo, sino de permanente búsqueda de la ecuanimidad. Aconsejamos instalar en el debate los **Derechos del Equipo de Salud**,<sup>4,14</sup> en paralela e igual dimensión que los Derechos del Enfermo, como un eficaz factor de protección dentro de la actual cadena de producción en un sistema de salud implantado en nuestra sociedad por terceros que mantienen a la mayoría de la población y a los trabajadores de la salud en forma cautiva. A pesar de este tipo de escollos y otros que

**Cuadro 9.**



tiene la profesión, los médicos en general desean ejercerla por los principios humanísticos que los motivaron para seguir esta vocación: dar amor, respeto y salud (cuadro N°9).

#### Cuadro 10.

**SÍNDROME CLÍNICO JUDICIAL**

**CONCLUSIONES**

EHH; Responsabilidad Legal del Jefe del Equipo Quirúrgico.  
Rev ASOC MED ARGENT 1994,107:25

1. Ningún médico que haya sobrellevado un proceso judicial es el mismo médico que era antes de la demanda.
2. En todo juicio por presunta mala praxis hay un único perdedor aún con sentencia favorable: el médico.

#### Conclusiones

A manera de **conclusión** hay dos reglas constantes que el sistema judicial debe tener **siempre presente**: 1) **ningún médico que haya sobrellevado un proceso judicial es el mismo médico que era antes de la demanda.** 2) en todo juicio por presunta mala praxis hay un único **perdedor vital**, aún con sentencia favorable, y ese es el **médico que ve frustrarse el sentido que eligió para su proyecto ético y profesional de vida al servicio de la salud dentro de su comunidad.**

#### Bibliografía

1. Aristóteles: "Ética a Nicómaco y La Política".
2. Bidart Campos G; Maccagno A; Poggi V; Hurtado Hoyo E y otros: "Responsabilidad Legal del Médico". Libro en multimedia (CD Rom). BibliotMédDigital. Asoc. Méd. Argent. 1997.
3. Do Pico JC: "Comentarios sobre el Síndrome Clínico Judicial" (sin publicar).
4. Garay OE: "Los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud". Rev.Asoc.Méd.Argent. 2005;118:2-4.
5. Gutiérrez Zaldivar H; Iraola N: "Responsabilidad Médico-Legal, Responsabilidad Profesional, Médico, Cargas". RevAsocMédArgent. 2004;117,2:40-41.
6. Gutiérrez Zaldivar H; Iraola N: "Apuntes Sobre Responsabilidad MédicaLegal y la Mala Praxis". Boletín Asoc. Méd. Argent.
7. Gutiérrez Zaldivar H.; Iraola N. "El Secuestro de la HC como dilig. Preparatoria del juicio de mala praxis". Bol. AMA 2004.
8. Hurtado Hoyo E: "Responsabilidad legal del Jefe del Equipo Quirúrgico". RevAsocMédArgent 1994;107-125.
9. Hurtado Hoyo E: "El Síndrome Clínico Judicial". Rev. Asoc. Méd. Argent. 1995;108:3-6; y reeditado en: Rev Linfología 1995;1:4; La Prensa Méd. Argent. 1995; Rev. Coleg. Méd. de Santa Fe 1999 90; Rev Flebología 1996. 2:4; Rev. Coleg. Méd. Gastroenter. 1996.1:6; Rev. Conciencia. Bahía Blanca 1997.13:165; Bolet. Coleg. Méd. Tucumán 1997; Rev. Coleg. Méd. de Chile. Concepción 1998; 8:18 y otros.
10. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". Editado por Asoc. Méd. Argent. 2001. Traducido al inglés, griego, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo e italiano (www.ama-med.org.ar)
11. Hurtado Hoyo E: "Peritos Médicos" Edit. Rev. Asoc. Méd. Argent. 2002;115: 2-3.
12. Hurtado Hoyo E: "Qué es ser Médico". Edit. Rev. Asoc. Méd. Argent. 2002;115(2):9-16.
13. Hurtado Hoyo E: "Ética y Realidad en Salud" Rev. Asoc. Méd. Argent. 2004;117(3):23-25.
14. Hurtado Hoyo E: "Hacia la Declaración de los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud". Rev. Asoc. Méd. Argent. 2005;118:2-3.
15. Iraola N: "La Historia Clínica, un instrumento imprescindible en la defensa del médico". Rev. Asoc. Méd. Argent. 2000;113(3);22-24.
16. Iraola N: "Consentimiento Informado". Rev. Asoc. Méd. Argent. 2002;115(4):44-48.
17. Meeroff M: "Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomas y *Burn-out*". Rev. Asoc. Méd. Argent. 1997 110;35.
18. Sapisochin E: "Mala praxis en Cirugía. Aspectos Médicos Legales y Experiencia Personal". Ediciones Dunken. 1996.