

Número Cinco

BOLETÍN DIGITAL

El Boletín de Trabajos y Publicaciones Científicas de AMFRA es una publicación virtual en formato revista de aparición trimestral, cuyo objetivo fundamental es brindar un espacio abierto de expresión escrita para las/los asociadas/os y profesionales invitados, a fin de facilitar la difusión en la comunidad científica de sus conocimientos, actualizaciones temáticas y experiencias prácticas obtenidas durante la labor pericial. El medio que propone el Boletín, es la publicación de artículos y trabajos originales sobre temas referentes a la Medicina Legal, con sus subdisciplinas, especialidades afines, Medicina del Trabajo, así como también todas las áreas de conocimiento que integran las Ciencias Forenses. La responsabilidad por el contenido en texto e iconográfico, afirmaciones y autoría de los artículos y trabajos publicados corresponde exclusivamente a sus autores.



AMFRA

Asociación de Médicos Forenses
de la República Argentina

www.amfra.org.ar

Número Cinco

BOLETÍN DIGITAL

- ② Odontología forense
- ② Patología medicolegal
- ② Medicina del Trabajo
- ② Derecho médico
- ② Criminalística
- ② Criminología
- ② Psiquiatría
- ② Sexología medicolegal

Sumario

EL IMPACTO DEL FALSO TESTIMONIO, LA FALSEDAD IDEOLÓGICA Y EL MAL PERITAJE EN EL SISTEMA JUDICIAL DRA. ROMINA CARLA MARIN	Pág 03
COCAÍNA: SU COMPLEJA RELACIÓN PARA CON LA LABOR PERICIAL MÉDICO-LEGAL MARÍA AMELIA PROYETTI MARTINO, PAOLA NOELIA FIGUEROA	Pág 06
ERGONOMÍA MÉDICA: SU IMPLICANCIA ACTUAL Y FUTURA Impacto real ¿Quién cuida al que cuida? GABRIELA TINTO	Pág 13
LOS LÍMITES A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ENTRE LA NORMATIVA Y LAS CONVICCIONES DR. AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ	Pág 21

EL IMPACTO DEL FALSO TESTIMONIO, LA FALSEDAD IDEOLÓGICA Y EL MAL PERITAJE EN EL SISTEMA JUDICIAL

DRA. ROMINA CARLA MARIN

Médica. Especialista en Oncología. Especialista en Medicina legal.

Perito médico forense del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional

INTRODUCCIÓN

El sistema judicial depende en gran medida de la verdad que se aporta durante los procesos judiciales.

Incurrir en falso testimonio, falsedad ideológica o realizar un mal peritaje afecta la integridad de los juicios y socava la confianza pública tanto en las instituciones judiciales como en los profesionales que las conforman.

En el ámbito de la medicina legal, los peritos oficiales juegan un papel crucial en la impartición de justicia ya que, sus dictámenes pueden ser determinantes en la resolución de casos complejos, especialmente aquellos que involucran delitos graves. Estas conductas causan un daño irreversible en las víctimas y en la sociedad en su conjunto.

Este trabajo explora la naturaleza y el impacto de estas malas prácticas en el sistema judicial argentino, enfocándose en el falso testimonio, la falsedad ideológica y el mal peritaje, analizando su implicancia en la justicia penal, así como las medidas para prevenir y sancionar estos delitos.

DESARROLLO

1. Falso Testimonio: Concepto y Consecuencias Legales:

El TOF N°1 de Capital dio a conocer los fundamentos de la sentencia que impuso la pena por falsear informes en la investigación por el presunto pago de sobornos a legisladores...-CN°.... Caratulada "Villalba Rubén Omar y otro s/falso testimonio". Afs. 60 Resuelve:

I- Condenar a Rubén Omar Villalba, de las demás condiciones personales obrantes en autos, como coautor penalmente responsable del delito de falso testimonio, a las penas de Dos años y seis meses de ejecución condicional e Inhabilitación absoluta por el plazo de cinco años, con costas...

El falso testimonio se refiere a la acción de un sujeto que, bajo juramento o promesa, proporciona una declaración falsa en el marco de un proceso judicial.

En el contexto penal argentino, este delito está tipificado en el artículo 275 del Código Penal: "Será reprimido con prisión de un

mes a cuatro años, el testigo, perito o interprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación, hecha ante la autoridad competente. Si el falso testimonio se cometiere en una causa criminal, en perjuicio del inculpado, la pena será de uno a diez años de reclusión o prisión." "En todo los casos se impondrá al reo, además, inhabilitación absoluta por doble tiempo del de la condena".

La pena por falso testimonio puede variar dependiendo de la gravedad de los daños causados, y puede incluir desde prisión hasta multas. La falsedad en los testimonios afecta directamente la veracidad de los hechos y puede dar lugar a decisiones judiciales erróneas que alteren la justicia, favoreciendo a quienes mienten para ocultar la verdad o distorsionar los hechos.

En el ámbito de la medicina legal, la falsificación de testimonios periciales tiene un peso aún mayor, ya que los expertos son llamados a esclarecer hechos que requieren conocimientos técnicos y científicos. Si un perito miente en su informe, el juicio puede tomar un rumbo completamente equivocado, pudiendo afectar a la parte perjudicada, siendo el "Perito" aquella persona con conocimientos específicos (pericia) en una técnica, ciencia, arte, industria, llamada por la autoridad competente para emitir opinión dictamen sobre puntos en particular que serán de utilidad a los fines de dar luz a cuestiones vinculadas con el hecho investigado.

En nuestra legislación procesal existen varios tipos de peritos judiciales: peritos de oficio (de lista), peritos propuestos de parte, peritos "ad hoc", peritos oficiales, peritos de la administración pública, etc. Los denominados "consultores técnicos" no están comprendidos ni alcanzados por esta disposición normativa.

Como bien me referí previamente las "acciones típicas" de esta conducta serían:

- 1) Afirmary una falsedad: manifestar como verdadero una situación, un hecho o una circunstancia que se conoce como falsa.
- 2) Negar la verdad: para esto, como premisa, el sujeto debe comprender lo que se le pregunta y luego negarlo.

3) Callar la verdad: no decir lo que se sabe o referir ignorar lo que se sabe.

El artículo 276 del CP detalla “*La pena del testigo, perito o intérprete falso, cuya declaración fuere prestada mediante cohecho, se agravará con una multa igual al duplo de la cantidad ofrecida o recibida*”, entendiendo como cohecho a la corrupción de un funcionario público con el fin de obtener un beneficio ya sea a través de dinero, dádivas o promesas, y/o cuando el funcionario acepta el soborno.

El falso testimonio se constituye en ocasión de emitir un dictamen que alecciona al Juez, Fiscal y/o al Tribunal; es posible retractarse de lo dicho y decir la verdad siempre que se haga en forma previa al dictado de la sentencia firme.

El criterio de la falsedad del testimonio, como diría Cicerón:

“...Una cosa es mentir, y otra decir mentira”

“...Aliud est mentiré, aliud dicere mendacium...”¹

Por último, para la existencia de falso testimonio del perito, es necesario el examen pormenorizado del contenido del dictamen pericial por este elaborado, requiriendo en este proceso a un tercero al que se le requiera su opinión técnica debidamente fundada.

2. Falsedad Ideológica: Definición y Implicaciones en el Ámbito Judicial

- A fs.17 I) DECLARAR a Ricardo Fabián BARREIRO, de las demás condiciones de su identidad personal ya consignadas, autor material y responsable del delito de Falsedad ideológica de Documento Público y así condenarlo a la pena de UN(1) AÑO y SEIS(6) MESES DE PRISIÓN de ejecución condicional e inhabilitación absoluta por el doble del tiempo de la condena para ejercer cargos públicos(art. 293, 1er párrafo; 298 40 y 41 del Cod. Penal)

La falsedad ideológica, también sancionada en el Código Penal Argentino, ocurre cuando una persona, generalmente un funcionario público o un profesional, falsifica el contenido de un documento oficial. Esto implica que el perito oficial, al emitir un informe pericial, inserte datos incorrectos o alterados en su testimonio escrito, lo que puede hacer que el dictamen sea incorrecto o engañoso.

El delito de falsedad ideológica está previsto en el art. 293 del C.P. “Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio”

En el contexto médico-legal, esta falsedad puede ser especialmente dañina. Los informes periciales que falsean la ideología de un hecho, como alterar una causa de muerte o modificar la interpretación de lesiones, pueden ser determinantes en un juicio penal. En muchos casos, esta falsedad puede tener consecuencias trágicas, como condenas erróneas de inocentes o

la absolución de culpables.

3. Mal Peritaje: Definición y Consecuencias para el Proceso Judicial

Las cualidades clásicas de un perito incluyen imparcialidad, objetividad, veracidad, prudencia, reflexión y sentido común, así como capacidad de juicio para jerarquizar los hechos. Estas características son esenciales para aquellos a los que los jueces recurren en búsqueda de una opinión experta, siendo crucial que los peritos demuestren una inclinación hacia el bien y dignidad profesional. Aunque la imparcialidad es fundamental, no reemplaza la necesidad de conocimientos; la falta de competencia puede llevar a errores judiciales y daños irreparables.

La guía de la IALM (International Academy of Law and Medicine) establece requisitos específicos para el perito judicial en medicina legal, entre ellos:

1. Conocimientos de derecho penal, civil y administrativo, con especial referencia a los derechos de los pacientes y a la normativa en asistencia sanitaria.
2. Experiencia en semiología médico-legal y valoración psicofísica desde un enfoque médico-legal.
3. Para casos en los que la víctima ha fallecido, nociones de patología y tanatología forense.
4. Conocimientos sobre relación causal, especialmente en relación a la causa-efecto entre un error médico y el daño consecuente, con el máximo rigor científico.

Estos conocimientos y competencias permiten al perito actuar con precisión y responsabilidad en el ámbito judicial.

El mal peritaje se refiere a la mala praxis o negligencia de los peritos oficiales, quienes, ya sea por falta de preparación técnica o por mala fe, emiten dictámenes erróneos o imprecisos. En muchos casos, el mal peritaje puede no ser intencional, pero las implicaciones de un dictamen incorrecto en el ámbito judicial son igualmente graves.

Algunas situaciones específicas que pueden considerarse mal peritaje incluyen:

1. Peritaje realizado por un perito no habilitado: Si el perito no tiene el título habilitante necesario para la disciplina relacionada con la cuestión sobre la que deba expedirse.
2. Peritaje afectado por dolo, cohecho o violencia
3. Peritaje realizado en forma incorrecta: Si el peritaje no se realiza conforme a las normas y procedimientos establecidos por la ley.
4. Peritaje con opiniones no fundadas: Si el perito emite dictámenes sin una base científica sólida o sin aplicar conocimientos técnicos adecuados.

Las irregularidades en los peritajes pueden llevar a la nulidad de estos y a responsabilidades penales para los peritos, con

1. Libro II “De Officiis”-Tulio Cicerón (año 44 a.c.)

Mentir: Implica una acción más amplia que decir una mentira. Mentir es engañar a alguien intencionalmente, utilizando palabras o acciones falsas. Es un acto que va más allá de las simples palabras e involucra una intención deliberada de confundir o manipular a otra persona.
Decir una mentira: Se refiere específicamente al acto de enunciar una proposición falsa. Es una acción más concreta y centrada en las palabras utilizadas.

sanciones que incluyen reclusión o prisión de uno a seis años e inhabilitación absoluta, según el artículo 265 del Código Penal para el caso que actúen con intención de obtener un beneficio propio o de un tercero; o encuadrarse como falso testimonio según lo previsto en el art. 275 del C.P.

En el caso de la mala praxis pericial, la Ley de Responsabilidad Médica no sería aplicable ya que, esta normativa se centra específicamente en la actuación de los médicos en el ejercicio asistencial de su profesión en el marco de la responsabilidad ética y legal que tienen los médicos hacia sus pacientes.

Surge de la literatura comparada lo que “Garret y Naufeld” llaman testimonio pericial inválido.²

Esto se refiere a que los peritos a menudo hacen afirmaciones y sacan conclusiones sin respaldo empírico en su campo. El problema radica en cómo los expertos reportan e interpretan sus resultados durante los juicios. Su estudio analizó 137 casos de personas exoneradas por el “Innocent Project”³ y descubrieron que en el 60% de ellos (82 casos), los analistas presentaron testimonios inválidos basados en errores como el uso inapropiado de datos de la población general y conclusiones que carecían de apoyo en la evidencia disponible dentro de la disciplina. Esta situación no solo es común, sino que resulta una práctica extendida entre peritos en juicio; estos comportamientos representan un riesgo para la correcta toma de decisiones de los jueces.

En el ámbito de la medicina legal, por ejemplo, la incorrecta interpretación de una autopsia, la omisión de pruebas relevantes o la falta de rigor en el análisis de pruebas periciales pueden tener consecuencias indeseables.

Otro elemento a considerar es la negligencia en la producción de pruebas. Ello se da cuando una de las partes provoca una demora que perjudique el desarrollo del proceso, no instando las medidas necesarias para producir un dictamen en un término prudencial o en el plazo establecido.

Cualquier documento emitido por un perito médico tiene el fin de ilustrar a la justicia, por lo que su elaboración debe realizarse con precisión, diligencia, ética, respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con la comprensión de los principios legales básicos, teniendo presente que el mismo va a ser conocido por todos los integrantes del proceso y, en ocasiones, por la opinión pública, quedando en franca evidencia su inconsistencia de no estar sustentada y fundamentada, siendo así pasible de ser calificada como mala praxis pericial.

4. La Responsabilidad Ética y Legal de los Peritos Oficiales

Los peritos oficiales tienen una responsabilidad ética y profesional que excede su simple función técnica. Están obligados a garantizar que sus dictámenes sean lo más precisos y objetivos posible, ya que su labor es fundamental para la correcta administración de justicia. La manipulación de pruebas o la emisión de informes falsos no solo afectan a las partes involucradas, sino que compromete el funcionamiento del

sistema judicial en su totalidad.

La legislación argentina ha establecido penas y sanciones para aquellos peritos que incurren en falsedad ideológica, falso testimonio o mal peritaje. Sin embargo, la falta de un sistema de control efectivo y la escasa capacitación en ética judicial pueden permitir que estas prácticas persistan. Además, la falta de consecuencias claras para los peritos que actúan de manera negligente o fraudulenta fomenta la impunidad.

CONCLUSIONES

El falso testimonio, la falsedad ideológica y el mal peritaje son tres de los mayores enemigos al momento de impartir justicia. Estas conductas no solo afectan la confianza del público en el sistema judicial, sino que tienen un impacto directo en la vida de las personas que se ven involucradas en los procesos judiciales. En el caso de los peritos oficiales, quienes deben ofrecer una visión técnica y objetiva, su responsabilidad es aún mayor, por el cargo que ocupan.

Para mitigar estos problemas, es crucial que se fortalezcan los mecanismos de control y supervisión de los peritos oficiales. Además, se deben implementar programas de formación continua en ética judicial y pericial para prevenir el mal peritaje y la falsedad. La implementación de sanciones más severas y de un sistema de auditoría efectiva contribuirá a restaurar la credibilidad del sistema judicial y a garantizar que la justicia se administre de manera imparcial y efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código Penal de la Nación Argentina. (2023).
2. Llerena, J. (2018). El falso testimonio en el derecho penal argentino. Editorial Lexis Nexis.
3. Pierbattisti L. Falso testimonio. Art. 275 y 276 Asociación Pensamiento Penal
4. Lafuente, G. (2017). Falsedad ideológica y su incidencia en el proceso judicial. *Revista de Derecho Penal*, 23(2), 75-92.
5. García, M. (2020). La responsabilidad de los peritos en el proceso penal: Un análisis de la jurisprudencia argentina. Editorial Deliberar.
6. Rodríguez, P. (2019). Ética en la Medicina Legal: El rol del perito oficial en la administración de justicia. Editorial Ábaco.
7. Ruiz, V. (2015). El mal peritaje: Un peligro latente para la justicia en Argentina. *Revista Jurídica de la Universidad de Buenos Aires*, 37(4), 112-118.
8. Quintino Pierino Dell Elce (2017) ¿Qué relación existe entre el delito de falso testimonio y la actuación profesional que cumplen los peritos judiciales?

2. Garret y Naufeld (2009), pp. 7-8.

3. El Innocence Project : es una organización sin fines de lucro que se dedica a exonerar a personas condenadas injustamente mediante pruebas de ADN y a reformar el sistema de justicia penal para prevenir futuras condenas injustas

COCAÍNA: SU COMPLEJA RELACIÓN PARA CON LA LABOR PERICIAL MÉDICO-LEGAL

MARÍA AMELIA PROYETTI MARTINO*, PAOLA NOELIA FIGUEROA**

* Médica, UBA. Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Especialista en Guardia Médica de Psiquiatría en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Perito Psiquiatra de la Dirección de Asistencia Técnica de la Defensoría General de CABA. Auxiliar de la Justicia de la Nación. Docente Auxiliar Cátedra I de Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Ciencias Médicas UBA.

** Médica UBA. Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Especialista en Guardia Médica de Psiquiatría y Servicio de Admisión del Hospital Esteves. Perito Médica de la Morgue Judicial De Lomas De Zamora.

INTRODUCCIÓN

El presente intenta brindar herramientas simples y concretas de valor pericial para abordar casos de interés médico legal en consumidores de cocaína, revisando los ejes temáticos principales de la sustancia, a partir de la una revisión bibliográfica.

Generalidades.

La cocaína (benzoilmetilecgonina) es un alcaloide tropano cristalino que se obtiene de las hojas del arbusto *Erythoxylon coca*, autóctono de Sudamérica; los habitantes de la zona mascan sus hojas por sus efectos estimulantes. Su nombre proviene del nombre de la planta coca, además del sufijo alcaloide -ina, Es un potente estimulante del sistema cardiaco y del sistema nervioso central, con acción supresora del apetito, propiedades vasoconstrictoras y anestésico tópico. Específicamente es un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina-dopamina (inhibidor de la recaptación triple TRI) que media en la funcionalidad de estos neurotransmisores como un ligando de transportador de catecolamina exógeno. Es altamente adictiva debido a la forma en que afecta al sistema de recompensa mesolímbico.

Sintetizada por primera vez por el químico Albert Niemann en 1859, se empleó inicialmente como anestésico local en 1880. En 1894, Sigmund Freud estudio sus efectos farmacológicos generales. Entre 1880 y 1890, fue ampliamente promocionada como cura de muchas enfermedades y figuró en el Manual Merck de 1899. Se trataba del ingrediente activo de una bebida cola hasta 1902. En 1980, la eclosión de la denominada “tercera epidemia” en EE. UU., reveló la existencia de graves problemas sanitarios y sociales asociados a su consumo.

Formas de presentación.

- Clorhidrato de cocaína: 89% de su forma de uso, polvo cristalino blanco, soluble en agua, no se puede fumar porque se descompone antes de llegar al punto de ebullición.
- Base libre de cocaína (crack): se produce por la ebullición del clorhidrato de cocaína, en una solución de bicarbonato de sodio, seguido de la extracción con un solvente que se evapora, obteniéndose cristales
- Body Packers: forma de contrabando de drogas, utilizando a personas como medio de transporte de la misma, que ingieren paquetes rellenos de droga, envueltos en preservativos, dedos de guante de látex o cilindros de papel films (tizas). La principal complicación es la ruptura de uno de los paquetes o la obstrucción intestinal.
- Pasta base: En Argentina se popularizo la pasta base de cocaína ya que es una droga de bajo costo, siendo elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y querosén.
- Hojas de coca: 0,5 – 1% Coqueo: es la rumiación de las hojas con bicarbonato
- Infusiones de coca: té o mate de coca
- "Basuco" (Basura de Cocaína). Es el residuo obtenido en la 1º fase de extracción a partir de la hoja. Contiene del 15 al 75% de cocaína puede fumarse o inhalarse.

El clorhidrato de cocaína es la forma más frecuente de consumo en la Argentina, usualmente es adulterado con agentes como azúcar, lidocaína, anfetaminas, dipirona, bicarbonato de sodio, almidón y otros.

Métodos de Consumo.

Las principales vías de administración de la cocaína son orales, nasales, intravenosas y pulmonares. La forma de administración nasal (esnifear, neologismo basado en la onomatopeya “snif”) es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, que pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. También se puede aplicar la droga directamente sobre las mucosas. La inyección o la administración intravenosa transportan la droga directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto.

Al fumar se inhala el vapor o humo de la cocina a los pulmones, donde la sangre la absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta. El efecto eufórico resultante es casi inmediato, y es la razón por la cual la popularidad del crack aumento enormemente a fines de los años ochenta. El crack es una forma de base libre de la cocaína, se vende en cantidades pequeñas, frecuentemente denominadas rocas. Es sumamente adictivo e incluso en 2 experiencias, puede provocar craving. También se asocia a episodios de violencia extrema.

El paco, la pasta base que se obtiene en la fase intermedia de la transformación de la hoja de cocaína en clorhidrato de cocaína y contiene otros alcaloides e impurezas tales como querosén, el alcohol metílico y ácido sulfúrico, al cual se suelen agregar otros elementos para hacerla rendir, como harina de trigo, polvo de ladrillo, azúcar, lana de acero, etc., Se suele consumir fumándolo en pipas, generalmente caseras. Debido a su composición química, es altamente toxico y al ser muy breve su efecto (entre 10-15 minutos), es extremadamente adictivo. Debido a que la cocaína no está refinada, se le suele llamar “fondo de olla”, haciendo referencia a que son los restos que quedan de la conversión de la pasta base a clorhidrato de cocaína.

Podemos diferenciar entonces, las principales vías de ingreso de la cocaína en el cuerpo:

- a) El coqueo: Los pueblos andinos mascaron hojas secas de coca (acuyico) por más de 3.000 años y aún lo continúan haciendo. Los usuarios consumen un promedio de 12 a 15 g, 3 a 4 veces diarias. El contenido de alcaloide de las hojas es menor al 0.5%.
- b) Aspiración nasal: La aspiración de 100 mg (dos a tres líneas) produce una tasa en sangre de 50-100 ng por ml, suficiente para alterar el pulso, la tensión arterial y la conducta. El adicto crónico puede consumir un gramo o más de una sola vez.
- c) Vía intravenosa: El efecto es inmediato. La inyección endovenosa de 100 mg de cocaína produce niveles hemáticos de 700 a 1.000 ng por litro, 5 minutos después de la aplicación. El uso intravenoso de la droga expone al usuario al contagio de sida y septicemias fatales.
- d) Inhalación: Es la vía utilizada por los fumadores de crack; la rapidez de absorción es comparable a la de la vía endovenosa. La inhalación de crack tiene una potencia de acción comparable al 60% de la producida por inyección endovenosa.

Mecanismos de Acción.

Su acción se debe al aumento de la liberación de catecolaminas y al bloqueo de su recaptación, al bloqueo de la recaptación de dopamina y serotonina, a la estimulación de los aminoácidos excitatorios (aspartato y glutamato) y al bloqueo de los canales de sodio. Posee efecto directo sobre el hipotálamo en la producción de hipertermia.

La principal acción farmacodinámica de la cocaína relaciona con sus efectos conductuales es el bloqueo competitivo de la recaptación de dopamina por el transportador de la dopamina. Este bloqueo aumenta la concentración de dopamina en la hendidura sináptica y produce aumento de la activación tanto de los receptores dopaminérgicos de tipo 1 (D1) como de los de tipo 2 (D2).

Se cree que estos receptores D2 a nivel mesolímbico, serían los responsables del aumento de la actividad durante los periodos de craving. La cocaína también bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina.

Metabolismo.

Se absorbe por vía nasal, inhalatoria, oral y otras mucosas (rectal, vaginal, etc.). El pico plasmático es de 20 a 30 minutos por vía nasal y de 60 a 90 minutos por vía oral. Al ingresar al torrente circulatorio es metabolizada por dos mecanismos distintos: en el plasma, por la colinesterasa, y en el hígado, por las esterasas.

La cocaína posee una vida media de 90 minutos y sus metabolitos se determinan en orina hasta 3 días después de una única dosis y hasta 7 a 21 días después de la ultima dosis en abusadores crónicos. La cocaína en la sangre se detecta a los 40 minutos. Se producen más de una docena de metabolitos. Los más utilizados en las interpretaciones fisiopatológicas son: ecgonina, benzoilecgonina, norcocaína, metilecgonina y etilecgonina; esta última aparece solamente cuando el sujeto ha ingerido alcohol. La vida media de la BEG es de 6 horas, 4 para la MEG y 2 para la etilecgonina.

El 80% de la cocaína se excreta por orina como metabolitos: benzoilecgonina, metilecgonina, norcocaína, entre otros. Se pueden detectar:

- Cocaína: en el estado en que se encuentra (no cocaína "pura"): 1.9%.
- Metabolitos: 35-55%.

En el caso de la aplicación genital y rectal de la cocaína, la absorción es rápida y completa; la anestesia local que produce la cocaína es utilizada en prácticas sexuales arriesgadas. Por otra parte, este método no deja secuela de estigmas físicos detectables en un examen rutinario. Los casos de muerte súbita que se han publicado se atribuyen a fibrilación ventricular.

En las mujeres embarazadas que consumen cocaína, es importante destacar que, dicha sustancia, atraviesa libremente la barrera placentaria y se metaboliza a benzoilecgonina en el feto mismo.

Se considera que la dosis toxica letal en forma endovenosa es de 1 gramo de cocaína, mientras que la dosis promedio diaria oscila

entre los 0,5 a los 5 g/diarios por otras vías. Debe recordarse la idiosincrasia de la persona, la pureza, la forma de consumo, etc. que condicionan los efectos psico tóxicos.

Acumulación de cocaína en los tejidos.

- a) Cerebro: la cocaína es lipofílica, y cruza fácilmente la barrera hemática cerebral; se acumula principalmente en el cuerpo estriado, en la corteza frontal y en la corteza occipital, concentrando la droga de 4 a 10 veces más que el plasma. En cerebros congelados la cocaína permanece estable durante meses.
- b) Hígado: la cocaína tiene gran afinidad con el hígado y concentra el tóxico en forma comparable al cerebro. La etilecgonina se sintetiza en el hígado.
- c) Corazón y riñón: concentran cocaína, pero en grado menor que el hígado y el cerebro.
- d) Pelo: la cocaína queda atrapada en la matriz proteica (queratina). El cabello crece 0.3 mm por día, o sea, aproximadamente 1 cm por mes; 6 cm de pelo corresponderían a 6 meses de ingesta anterior. La investigación de cocaína en el pelo permite el diagnóstico de usuario crónico y hasta la elaboración de perfiles cronológicos.
- e) Uñas: la droga se incorpora a la matriz germinal (queratina); se puede recurrir a esta investigación cuando no hay pelo disponible para pericarlo.

Cuadro Clínico.

La cocaína debido a la estimulación del SNC, a dosis bajas produce: incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. El consumo moderado en los consumidores no adictos produce habitualmente un periodo de cansancio y en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas o en personas predispuestas, pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, estereotipias, bruxismo y convulsiones.

A) CLÍNICA DE LA INTOXICACIÓN AGUDA: Síndrome simpaticomimético. La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por manifestaciones de hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica fundamentalmente, que afecta a los distintos aparatos y sistemas.

- Cardiovasculares: hipertensión arterial, arritmias, taquicardia supraventricular, sinusal y ventricular, ángor, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, miocarditis, trombosis, shock, muerte súbita. Si se ingiere alcohol en forma simultánea con el consumo de cocaína se forma un metabolito llamado cocaetileno que eleva el riesgo de daño cardiovascular, además de potenciar los efectos euforizantes y adictivos de la cocaína.

- Neurológicos: Cefalea. A nivel del sistema nervioso central comienzan con ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, agitación, excitación psicomotriz, paranoia, psicosis, alucinaciones, temblor generalizado, convulsiones, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, hemorragia subaracnoidea, coma.
- Oftalmológicos: Midriasis. Vasoconstricción conjuntival, nistagmos vertical, queratopatía, oclusión de la arteria o la vena retinal central, hemorragia retinal, papilitis e infarto orbital.
- Respiratorios: taquipnea, respiración irregular. El paco, que se fuma, puede producir edema agudo de pulmón (generalmente de origen no cardiogénico), neumotórax, neumomediastino (fumada), y neumopericardio por la realización de maniobras de Valsalva para incrementar los efectos de cocaína y la parada respiratorio que es excepcional y generalmente tras la administración intravenosa.
- Otros: hipertermia, diaforesis, insuficiencia renal aguda, rabdomiólisis, hepatitis, isquemia intestinal, mesentérica, renal y pulmonar, perforación del tabique nasal. La cocaína puede producir aborto espontáneo, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta. En el recién nacido es causa de retardo de crecimiento, bajo peso al nacer, muerte súbita del lactante, hipertensión arterial, irritabilidad.

B) FORMAS SOBREAGUDAS DE LA INTOXICACIÓN POR COCAÍNA: El cuadro clínico depende de la dosis ingerida y de la susceptibilidad del intoxicado. Existen formas sobreagudas que evolucionan rápidamente, provocando la muerte por un colapso respiratorio. La intoxicación aguda presenta una clínica muy variable, que puede evolucionar en tres fases, que se inician con síntomas de excitación y finalizan con depresión del sistema nervioso central:

Primera fase: excitabilidad, inestabilidad emocional, ansiedad, cefaleas, náuseas, vómitos, midriasis, nistagmus vertical, bradicardia, hipertensión, taquipnea (aunque, a veces, se produce hipotensión y taquicardia), arritmias, vasoconstricción periférica, alucinaciones, alteraciones de las sensaciones táctiles: hormigueos y sensación de pequeñas arañas caminando bajo la piel o signo de Magnan, y fasciculaciones musculares.

Segunda fase: convulsiones tónico-clónicas parecidas al gran mal, aumento en la frecuencia del pulso y de la presión arterial, cianosis, disnea con respiración irregular y acidosis láctica.

Tercera fase: parálisis muscular, pérdida de reflejos, fallo respiratorio, cianosis, fracaso circulatorio, coma y muerte.

C) DAFC. (DELIRIUM AGITADO FATAL POR COCAÍNA): El "delirio agitado" o "fatal excited delirium" aparece en adictos de larga data, a pocas horas después de la última toma, caracterizándose por un cuadro psicótico agudo con euforia, confusión, agitación, pensamiento delirante con ideas

paranoides y alucinaciones, presentando una actividad física fuera de lo normal con exteriorización de fuerza inusual, y desarrollando una conducta agresiva y bizarra que pone en peligro su vida y la de terceros. Suele ser acompañado el cuadro, de hipertermia.

Los pacientes salen a la vía pública en el contexto de la confusión, o realizan una inmersión en agua fría en un intento desesperado por bajar la temperatura, siendo posible encontrarlos muertos en dichas condiciones dentro del baño. Las víctimas, por la presencia de los fenómenos alucinatorios puedan pelear o huir de sus propias alucinaciones adoptando conductas de riesgo de las que no son conscientes debido al estrechamiento del campo de conciencia. En cuanto a los daños orgánicos, presentan en su evolución destrucción del tejido muscular, acidosis metabólica, falla renal y paro cardiorrespiratorio.

El Delirium Agitado Fatal por Cocaína debe ser considerado como la consecuencia de una susceptibilidad preexistente en el sujeto, que pasa inadvertida, hasta que en un momento alcanza el umbral crítico desencadenando el cuadro fatal. Esto hace al consumo abusivo de cocaína y a la predisposición individual, los únicos responsables de su aparición.

D) EFECTOS DEL USO CRÓNICO DE LA COCAÍNA: Dentro de los efectos por el uso crónico de la cocaína, quiero destacar: la tolerancia, la dependencia, la adicción y el craving. Podemos hablar de la instauración de la dependencia a partir de la aparición de dos signos: 1) la incapacidad para mantener la abstinencia más allá de la aparición del craving, 2) efecto paradójico o tolerancia inversa, que se caracteriza por la pérdida de los efectos estimulantes con el uso crónico de la cocaína.

E) ABSTINENCIA: El síndrome de abstinencia presenta una sintomatología caracterizada por insomnio, irritabilidad, depresión, cansancio, alteraciones de la memoria y de la concentración, cuadros paranoides, letargia y aumento del apetito; pueden aparecer hipersomnolencia y necesidad de consumo de cocaína.

F) FASE DE DESINTOXICACIÓN: Pueden observarse en la clínica distintos momentos.

- Fase 1 de la deprivación. "Crash", dura 8 días. Agitación, insomnio, depresión, avidez de ingesta, fatiga. Luego deseos de dormir, al conciliar el sueño se despierta con inmenso apetito.
- Fase 2 de la supresión. De 1 a 10 semanas: sueño normalizado, eutimia, ansiedad leve, escaso deseo. Luego anhedonia, hipobulia, con fuerte deseo de consumo.
- Fase 3 de la extinción. Actividad normal. Avidez episódica. Los coletazos son desencadenados por asociación con los estímulos generadores del consumo. Posibilidad de recaídas.

Lugar del Hecho y Autopsia en casos por y relacionados con uso de Cocaína.

La investigación de la causa, del mecanismo y de la manera de la muerte vinculados con el uso de cocaína (como en el de cualquier estupefaciente) exige una correlación entre las circunstancias del hecho, el examen del lugar, los datos aportados por la autopsia, el resultado de los análisis toxicológicos y los antecedentes personales del sujeto.

Raffo (2006) en tal sentido señala: "El examen del lugar del hecho debe tener en cuenta que, a veces el consumo de cocaína se realiza de manera grupal, y dados los niveles de excitación que la sustancia puede generar, podemos observar las siguientes consecuencias:

- Alteración del cadáver, agregando lesiones al tratar de auxiliarlo.
- Alteración de la escena, con gran desorden, que sugiere lucha o violencia sexual.
- Retirar la droga o deshacerse de ella.
- Abandonar el cadáver y huir del lugar.

El cadáver puede hallarse desnudo o con las prendas desabotonadas o arrancadas. Recoger adherencias, restos de vómitos y partículas de los bolsillos con aspiradora de mano (las partículas de cocaína y las hebras de marihuana son fácilmente detectables). Es importante describir con precisión y documentar fotográficamente la posición en que se halló el cadáver, dada la frecuencia de muerte por asfixia posicional en los drogadictos. La hipertermia que produce la intoxicación cocaínica puede sospecharse cuando el cadáver está "caliente" y en rigidez completa, o hay en el entorno elementos indicativos de la intención de reducirla, como toallas o sábanas húmedas, cubeteras vacías o el hallazgo del cadáver en la bañera, cuestión que complica aún más la tarea del investigador. Las maniobras de resucitación pueden confundir con golpes aplicados al occiso. Es importante detallar la topografía y el carácter vital o post mortem de las lesiones.

La Autopsia implica, un Examen externo:

- 1) Efectuar hisopados nasal, anal y vaginal.
- 2) Fotografiar tatuajes.
- 3) Perforación del tabique nasal en el usuario crónico.
- 4) Huellas de punturas en territorios venosos.
- 5) Examinar los nudillos en busca de cicatrices producidas por lesiones cortantes.
- 6) Buscar partículas o sustancias extrañas en boca y nariz.
- 7) En los fumadores de crack: Erosiones en el esmalte dentario de los incisivos, producidas por compuestos cocaínicos acidificados. Crackthumbs y crackhands: son callosidades en el pulgar y en la palma de la mano producidas al manipular la pipa caliente.

Y un Examen interno:

La cocaína es un cardio tóxico conocido que puede producir la muerte súbita del individuo mediante un mecanismo de arritmia cardíaca letal y/o vasoespasmo coronario, ya que por un lado produce un incremento del consumo de oxígeno miocárdico por aumento del gasto cardíaco (aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial) y, por otro lado, disminuye su aporte por su potente efecto vasoconstrictor.

El estudio necrópsico junto al resultado de las pruebas complementarias, podrían concluir en algunos casos que el mecanismo de muerte más probable sea un shock cardiogénico secundario a necrosis miocárdica por ingestión de gran cantidad de cocaína.

En sistema nervioso central puede producir accidentes vasculares tanto isquémicos como hemorrágicos. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos se explican como debidos a la acción arterioesclerótica y trombogénica de la cocaína por la lesión del endotelio de las arterias cerebrales.

En la esfera pulmonar puede aparecer neumotórax, neumomediastino, crisis asmáticas, edema pulmonar no cardiogénico, hemorragia alveolar difusa, neumonitis intersticial, bronquiolitis obliterante e infiltrados pulmonares agudos asociados con el “pulmón de crack”.

Como hallazgos anatomopatológicos más representativos en el sistema cardiovascular asociados a la cocaína podemos destacar la aparición de bandas de necrosis en los miocitos asociado a cambios estructurales que incrementan el riesgo de arritmias y muerte súbita, así como la presencia de edema intersticial. El consumo prolongado de cocaína ha sido también asociado con el desarrollo de una miocardiopatía dilatada.

Se pueden encontrar efectos en otros órganos, como isquemia mesentérica o perforaciones intestinales, fallo renal por rabdomiólisis o trombosis y hemorragias retinianas, y en caso de embarazo desprendimientos placentarios.

Otras veces, en cadáveres se observa la ausencia de lesiones en órganos vitales y signos inespecíficos de asfixia. En esos casos, el estudio toxicológico puede revelar la presencia en sangre de cocaína y sus metabolitos, lo que indicaba un consumo reciente y la posible causa de la muerte un delirium agitado. Con frecuencia los hallazgos de la autopsia no revelan alteraciones anatómicas que puedan explicar la muerte. En estos casos, el médico forense debe identificar los hechos que proporcionen una gran probabilidad para establecer la causa de la muerte.

El DAFC es un cuadro irreversible, que cursa con alteraciones del medio interno y gran elevación de catecolaminas. Junto al aumento del metabolismo basal y la hipertermia mayor a 40° C, la cual induce catabolismo masivo y contracción muscular sostenida, surgen la sudoración profusa, la deshidratación, la rabdomiólisis severa y la coagulación intravascular diseminada (CID), que producen la muerte por paro respiratorio y colapso cardiovascular. Si el sujeto no fallece en el momento, la mioglobulinuria masiva posterior puede provocarle una falla renal fatal.

La muerte en DAFC puede resultar también de una arritmia cardíaca fatal por un estado hiperadrenérgico causado por el forcejeo y la agitación, produciendo una estimulación del sistema nervioso simpático, una disminución brusca en las concentraciones séricas de potasio (al cese del forcejeo) y un incremento de las catecolaminas (por las drogas estimulantes), sumado al incremento de la demanda de oxígeno por la excitación, al déficit en el aporte del mismo, y a la duración de la posición final de la reducción física, si requirió.

La importancia del Delirium Agitado Fatal por Cocaína, es que, puede causar la muerte sin que se detecte sobredosis en la autopsia. Y es importante atender a lesiones macroscópicas que se pueden detectar en el exterior, como las lesiones producidas por la contención mecánica del paciente.

En la actualidad, dentro de las drogas de diseño (catinonas sintéticas) de la clase fenetilaminas, similares a la anfetamina, la MVDP (metilenedioxiprovalerona) en particular, parece causar síntomas indistinguibles de los hallados en DAFC, ya que su mecanismo molecular de acción parece ser idéntico al de la cocaína. También se hallan descriptos casos de DAFC por el abuso crónico de otros psicoestimulantes como la metanfetamina y NDMA (3,4-metilendioximetanfetamina, éxtasis)

Por último, el consumo simultáneo de cocaína y alcohol da lugar a la formación de coca-etileno, un metabolito altamente neuro y cardio tóxico. A diferencia de la benzoilecgonina (metabolito inactivo de la cocaína), el coca-etileno es un metabolito activo y tiene una vida media plasmática de tres a cinco veces mayor que la cocaína, prolongando el efecto euforizante y aumentando el riesgo de muerte inmediata.

El crack resulta letal por efecto cardiovascular y broncoespasmo irreversible.

En los casos de Body Packer, se puede proceder de la siguiente forma:

- Examen clínico y búsqueda de estigmas (por lo general, negativo).
- Tacto rectal y/o vaginal.
- Examen radiológico directo, repetido a intervalos; el resultado suele ser positivo, pero hay falsos negativos. La ingestión de aceite para facilitar la deglución de los envases reduce el contraste que permite diferenciarlos del resto del contenido intestinal.
- Examen toxicológico. Puede ser positivo si el sujeto consumió droga previamente, si el envase era semipermeable o si la envoltura del envase estaba contaminada en su superficie externa.

Exámenes Complementarios y Toxicología Forense.

Es importante para el laboratorio contar con información en relación con la dosis estimado de consumo, el momento y ultimo consumo, con la hora estimada, los síntomas clínicos y si fue administrado algún tratamiento previo al momento de la extracción de sangre o recolección de orina.

En relación con los casos judicializados, es fundamental conservar la cadena de custodia en la fase Pre-analítica.

Procedimiento que asegura que la muestra que llega al laboratorio no haya sido alterada, sustituida, cambiada o manipulada.

Luego se llevará a cabo la fase Analítica del Análisis toxicológico, arribando a los resultados, y por último la fase Post-analítica, donde se hará la interpretación de los resultados y la elaboración del informe a fines legales.

Las muestras biológicas pueden ser:

- **Sangre y Saliva:** con un periodo de detección de aproximadamente 24 horas. Por lo que indica un consumo reciente.
- **Orina y Sudor:** se puede detectar entre las 24 y hasta las 72 hs del consumo. Determinación de metabolitos de cocaína en orina.
- **Pelo:** se puede examinar tanto en vivo como en cadáveres, el periodo de detección es amplio, y lo que se busca es el metabolito de la cocaína (benzoilecgonina) que se deposita en el pelo cuando pasa por el bulbo piloso. El pelo crece aproximadamente 1 cm por mes, lo que permite observar periodos de abstinencia y de consumo a lo largo de este. Las ventajas de esta prueba son que la recolección de la muestra no es invasiva y la ventana de detección puede ir de semanas a meses. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la influencia por contaminación, por ello hay que buscar el metabolito. El método tiene importante aplicación médico-legal en los casos de cadáveres putrefactos o en los hallazgos de partes de cadáveres con restos de cabello.
- **Humor Vitreo y Visceras:** se puede detectar el metabolito de la cocaína en cadáveres.
- **Nariz:** Se puede solicitar una rinoscopia para evaluar perforación de tabique nasal en consumidores crónicos.

En los cadáveres, se puede testear cocaína en el examen toxicológico de diferentes muestras: sangre, humor vitreo, orina, pelo, etc. Por su efecto vasoconstrictor la cocaína inhibe su propia absorción; de allí que la detección en el torrente sanguíneo demande un lapso promedio de 40 minutos. Ello es útil para determinar la data de la muerte. Positividad en el hisopado nasal y negatividad en la muestra hemática sugieren fallecimiento dentro del lapso promedio indicado.

El análisis de pelo capilar y/o púbico documentará en un individuo vivo o muerto la presencia de drogas por lapsos muy prolongados, que pueden oscilar desde una semana hasta meses o años, estando limitada esta posibilidad al largo del mechón estudiado. El trabajo analítico puede realizarse sobre el total del pelo remitido ya sea de vivos o muertos o sobre segmentos de este en el caso que se quiera comprobar la cronicidad del uso de una droga o fármaco. Como conclusión podemos afirmar que el pelo es el único espécimen biológico que acusará el consumo de drogas o compuestos orgánicos con carácter retrospectivo.

En cadáveres también en el humor vitreo existen métodos de detección de cocaína. En la investigación forense las técnicas más utilizadas para la búsqueda de drogas en humor vitreo son las

siguientes: la cromatografía de gases, cromatografía líquida de alta resolución, la espectrometría de masas, la electroforesis capilar y el análisis inmunoenzimático.

Métodos Analíticos en Toxicología.

Se pueden utilizar screening de drogas de abuso en orina, el cual tiene un punto de corte alto y su resultado negativo no descarta consumo. Otro tema importante, es que, en este tipo de pruebas, también pueden dar positivo aquellos consumidores de hoja de coca a través del coqueo, y aquellos que consumen te de coca, con un solo saquito.

Siempre es importante, sobre todo en cuestiones legales, solicitar Pruebas de Confirmación, para detección, identificación del toxico y cuantificación, como espectrometría de masa.

Las técnicas de screening o detección rápida: Técnicas de Inmunoensayos y Cromatografía en capa fina. Las técnicas de Identificación y Confirmación: Técnicas espectrofotométricas y Técnicas Cromatográficas.

En CENATOXA (Laboratorio de Asesoramiento Toxicológico Analítico) se utiliza CROMATOGRAFIA GASEOSA, específicamente Espectrometría de Masas (GCMS) para la detección de drogas de abuso, como cocaína y su metabolito.

Possible interpretación de resultados Toxicológicos:

La cocaína se detecta en orina hasta 6 horas después.

La BEG se detecta hasta 48 horas después, y en el adicto crónico hasta 10-14 días después; ello puede ser índice de excreción, pero no de intoxicación.

En la intoxicación aguda se detecta cocaína. En el usuario crónico se detectan metabolitos (durante días).

En los niveles hemáticos el paso del tiempo produce aumento de los metabolitos y disminución de la cocaína.

El déficit de colinesterasa (enfermedades congénitas) puede producir errores en los cálculos y potenciación del efecto tóxico.

Las cifras obtenidas en los exámenes post mortem pueden ser mayores a las verificadas en vida del sujeto. Al producirse la hidrólisis tisular, la célula libera la cocaína retenida. La tasa en sangre y los efectos no son superponibles al cuadro de la ebriedad alcohólica.

Puede que no se detecte cocaína, en los casos de Delirio Agitado Fatal, por un aumento del metabolismo que produce el cuadro.

CONCLUSIÓN.

Motivó el presente trabajo revisar la bibliografía y resaltar los aspectos de la cocaína que resultan fundamentales para su aplicación en el ámbito forense, de una manera práctica y a modo de guía operativa en los casos en que la sustancia se sospeche, ocasione o participe en el proceso de la muerte de un individuo, para poder facilitar el arribo fundado a conclusiones diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Talamoni- Crapazaono-Greco. Guía del Diagnóstico y Tratamiento en Toxicología. 2da edición. Eudeba. (2014)
- Díaz, A. "Hoja, pasta, polvo y roca". El consumo de los derivados de la coca. Bellaterra (1998)
- Covelli, J.L. Manual de Psiquiatría Forense. 2da ed. Dosyuna (2015).
- Serebrisky, D. Trastornos por sustancias: Cocaína.. 1ª edición. Editorial ScienS. (2014)
- Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría.. 10ª edición. (2010)
- Fadel, D. y Serra, H. Delirium agitado fatal, una consecuencia diferente de la adicción a cocaína. REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS - Volumen XX N 83 Enero/Febrero (2009)
- <https://www.perfil.com/noticias/ciencia/que-es-el-delirium-agitado-fatal-20081027-0018.phtml>. Informe realizado por el médico legista José Patito del Cuerpo Médico Forense de la muerte de Juan Castro.
- Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. 6ta edición. Masson (2019)
- MUÑOZ-QUIRÓS J.M. ; NAVARRO E. ; PASTOR M. ; RODES F. ; GINER S. Muerte por ingesta de cocaína: a propósito de un caso Boletín Galego de Medicina Legal e Forense nº. 16. Diciembre (2009).
- Estudio y análisis médico-legal de las muertes en privación de libertad en Málaga (2004-2012)
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062013000200006
- Jerez, G. O. Síndrome de delirium agitado. El transcurrir de un mal moderno. Gac. int. cienc. forense ISSN 2174-9019 N° 33. Octubre-Diciembre (2019).
- Lossetti, O. Muerte en Custodia. Interrogantes Médico-Legales. Editorial Hammurabi 1ra ed. (2022).
- Raffo, O.H. La muerte violenta. Editorial Universidad 1ra ed. (1980)
- Raffo, O.H. Tanatología: investigación de homicidios. Editorial Universidad 1ra ed. (2006)
- van Dyke, C. et al. Cocaine: Plasma Concentrations After Intranasal Application in Man. Science New Series, Vol. 191, No. 4229 (Feb. 27, 1976), pp. 859-861 American Association for the Advancement of Science. <https://www.jstor.org/stable/1741462>

ERGONOMÍA MÉDICA: SU IMPLICANCIA ACTUAL Y FUTURA Impacto real ¿Quién cuida al que cuida?

GABRIELA TINTO

Médica especialista consultor en cirugía vascular y medicina legal Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I - UNLP. Esp. En medicina del trabajo Col. Med. Dto. I Pcia de Buenos Aires-UBA.MP 112907 Esp. cirugía vascular CACCV. Diplomada en Pericias Judiciales U. Austral. Abogada. LXVIII F 317 CALP Docente a cargo de Medicina Legal Posgrado de Derecho Penal F.C.J y S, UNLP. Docente responsable de Medicina Legal, Posgrado de Ciencias Forenses Aplicadas F.C.N. y M, UNLP. Perito I Médico Forense Asesoría Pericial La Plata, SCBA. Secretaria Asuntos profesionales AMFRA

INTRODUCCIÓN

El trabajador médico, no halla contemplado en su quehacer, una visión externa de factor humano a proteger. Aún en relación de dependencia estatal, su seguridad no es considerada, mucho menos en el ámbito privado, donde no hay ni relación de dependencia ni contrato laboral. La actividad médica se vislumbra social, política y económicamente desde una visión altruista, casi no humana en lo asistencial, y en lo pericial, una visión inhumana de lo que nadie quiere ver o hacer, entre medio, una escala de grises desde residencias concurrencias, docencia y hospital, consultorio, emergencia, guardias, trabajo intelectual a meramente intelectual hacia el final de la profesión, si es que se llega a esa etapa; en todos los roles, lejos está de pensarse al trabajador médico como sujeto de protección, esto claro está, solo a los fines de no invertir en este trabajador, porque si a alguien se le ha exigido y exige, por chirolas o gratis, con la excusas “AD HONOREM” o a prorrato, con o sin aplausos y siempre en nombre del juramento hipocrático, tanto en guerras, pandemias, primera línea de trabajo esencial, ha sido al equipo de salud, con una particularidad, la relación laboral del médico es diferente a los otros operadores de salud también postergados.

Rápidamente surgirá en el lector, los equipos de protección personal (EPP), ¿de qué se habla entonces? Se habla de los vaivenes y exigencias, de los derechos y obligaciones, de las expectativas que se podría tener si se cuidara al médico como a un trabajador fabril. Sí, fabril, no hay una equivocación, tal vez el conocimiento de los puestos de trabajos médicos en los diferentes ámbitos, el reconocimiento de lo que implica la sumatoria de tareas a lo largo del día por la multiplicidad de trabajos que se debe tener, la valoración del impacto psicológico de la convivencia con la enfermedad y la muerte, el dolor y el maltrato, el abuso y la desidia, por nombrar algunos ejemplos, haría que el trabajo médico no solamente fuera digno por lo altruista de la profesión sino porque vale la pena ser ejercido. Seguramente estos ítems podrían hallar un reconocimiento, como básicamente se consideran derechos de otros trabajadores



en la ley de contrato de trabajo¹, por poner un ejemplo.

Desde otra perspectiva no menos importante, habiendo finalizado la segunda década de un siglo donde la pandemia COVID 19 puso en jaque al mundo, y dejó en evidencia la importancia y necesidad del recurso humano capacitado, cuando las unidades de terapia intensiva no tenían terapeutas de reemplazo y el recurso simplemente se agotó, no pasó nada, hoy, cuando se está decretando el fin de esta pandemia, no se cubren cargos de formación y el recurso formado emigra. Las calles no solo la cortan los piqueteros, sino los médicos residentes en distintos sectores del país, en algunos casos hasta represión mediante².

Esta introducción, rasante de una realidad que nos sacude, tiene perspectivas de análisis, aristas a pulir, ¿pero son problemáticas separadas? o se trata de un mismo problema que empieza por la falta de reconocimiento ergonómico de una profesión milenaria, que se la beatifica, posterga o demoniza según los intereses socio políticos que la necesiten, pero que excepcionalmente ha sido analizada desde un enfoque laboral real considerando integralmente el recurso a proteger.

OBJETIVOS

Claramente todo lo expuesto en la introducción, enfoque que da el título al trabajo, tiene un valor a reconocer, y de hecho, en algunos pocos lugares del país se reconocen algunos de estos factores humanos médico laborales, sin embargo el objetivo de este análisis, no es el económico, sino visibilizar la problemática, lograr el análisis y consideración de esto y del impacto que tiene hoy toda esta realidad no reconocida y que pone al límite a la medicina, con vacantes de residencias pagas “vacantes”, guardias médicas sin médicos, concurso desérticos, especialidades de alta complejidad con emigración del recurso humano formado, prácticas médicas en manos de no-formados, migración a tareas de ambulancia más remunerables que una guardia o residencia médica, entre otros, y en el polo no asistencial, prácticas periciales en manos de médicos recién recibidos y sin formación, acreditando o descartando abusos, certificando causas de muerte, e induciendo a decidir temerariamente - a quien ni siquiera se cuestiona lo que escucha o lee- sobre la libertad de quienes no tienen la posibilidad de contratar recurso especializado.

De quien se espera el análisis y consideración, de aquellos que tienen el poder de cambiar las condiciones de trabajo de los que ni más ni menos, los asisten desde el nacimiento, la salud, la enfermedad, en la muerte, en su libertad, incluso en encontrar justicia, cuando un justiciable requiere de una labor pericial médica, o en la formación de quienes asistirán a su decendencia. No es un tema menor, desarrollar la problemática en los próximos apartados, es sólo el inicio de este objetivo que seguramente demandará trabajos posteriores.

DESARROLLO

a) ERGONOMÍA y ERGONOMÍA MÉDICA: ANÁLISIS CONCEPTUAL Y MARCO LEGAL

La ergonomía, en su sentido etimológico de origen griego- ergon y nomos- ciencia del trabajo, se puede utilizar, como se menciona en la definición dada por IEA (International Ergonomics Association), en forma indistinta como factor humano (EFH), que permite internalizar un concepto recíproco e inescindible³.

En el año 2000, esta asociación adopta una definición que perdura hasta la actualidad, “*disciplina científica que se ocupa de la comprensión de las interacciones entre los seres humanos y otros elementos de un sistema, y la profesión que aplica la teoría, los principios, los datos y los métodos para diseñar, con el fin de optimizar el bienestar humano y el rendimiento general del sistema*”⁴. Esta definición supone y permite varias áreas de intervención en cualquier ocupación, técnica o no. Si se piensa la profesión médica desde este concepto, rápidamente advertimos que, en ningún escalón de la línea de tiempo que recorre un profesional médico, esto se considera. La falta de bibliografía al respecto, escasa internacional y mínima nacional, pone en evidencia la postergación histórica, y la inclusión del mismo sólo en el sistema de contralor multidisciplinar de la ergonomía

ocupacional. ¿Quién cuida al que cuida?

La ergonomía plantea tres esferas interrelacionadas de trabajo, la física, la cognitiva y la organizacional. Cada una se ocupa del hombre trabajador desde distintos aspectos, siendo este un ser relacional inserto en un ámbito de trabajo, “*la ergonomía física releva sus particularidades anatómicas, antropométricas, fisiológicas y biomecánicas en relación con la actividad física, posturas de trabajo, manejo de materiales, movimientos repetitivos, trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, el diseño del mismo, su seguridad física y salud*”⁵, agregaría su impacto en la salud.

“*La ergonomía cognitiva se ocupa de los procesos mentales, como la percepción, la memoria, el razonamiento y la respuesta motora, ya que afectan las interacciones entre los seres humanos y otros elementos de un sistema. Los temas relevantes incluyen la carga de trabajo mental, la toma de decisiones, el desempeño calificado, la interacción humano-computadora, la confiabilidad humana, el estrés laboral y la capacitación, ya que estos pueden estar relacionados con el diseño del sistema humano*”⁶.

“*La ergonomía organizacional se ocupa de la optimización de los sistemas sociotécnicos, incluidas sus estructuras, políticas y procesos organizacionales. Los temas relevantes incluyen comunicación, gestión de recursos de la tripulación, diseño de trabajo, diseño de tiempos de trabajo, trabajo en equipo, diseño participativo, ergonomía comunitaria, trabajo cooperativo, nuevos paradigmas de trabajo, organizaciones virtuales, teletrabajo y gestión de calidad*”⁷.

De la lectura de los párrafos anteriores surge la necesidad de la transcripción literal, previo retirar paréntesis, ya que entre los mismos se engloba casi taxativamente la problemática laboral médica a relevar y reconocer.

Imagine solo algunas especialidades médicas, perdón, imagine a los especialistas, un pediatra, un cirujano, a un emergentólogo, a un terapeuta, a un perito legista valorando un abuso sexual, a un tanatólogo realizando una autopsia de un cadáver con patología infecciosa que súbitamente le dio muerte a la persona horas antes, como una meningitis, o a un intoxicado con cianuro (su aspiración puede ser mortal para el obductor), o simplemente decidiendo que muestreo tomar para que sea útil en una investigación y siendo el único responsable de ello. Entonces, anatomía, antropometría, manejo de fluidos, riesgo biológico, radio físico, impacto emocional, toma de decisiones, estrés, capacitación, confianza, institución, comunicación, gestión de calidad, atraviesan al ser médico, como a muchos otros, pero al médico no se lo protege. Más adelante se volverá sobre este tópico y los manotazos legales que lavan conciencias y frenan reclamos.

Recordando y revisando la ruta personal de aprendizaje propuesta en el postgrado por el Licenciado Walter Amado⁸, en relación a esta temática, aparecieron las doce palabras que se repiten en la percepción del concepto ergonomía, cuando se le pregunta a un auditorio, a trabajadores en distintas esferas, a estudiantes de carreras afines. Primero surge “postura” en

contexto de “cuerpo”, “fuerza”, “dolor”, “trabajo”, “movimiento”, “silla”, “físico”, “espalda”, “diseño”, “repetición”, “bienestar”. Factor común de todas estas palabras: el físico, el trabajador, y los planteos obvios que surgen luego de esto, ¿es sólo una ergonomía física?, el hombre es más que eso. Respecto a la adaptabilidad del trabajador a su puesto o espacio físico de trabajo ¿el trabajador se tiene que adaptar al puesto o el puesto al trabajador? (organización/adaptación), lo ideal es que el trabajo se adecue al trabajador, pero no siempre es posible y en medicina, en cualquier ámbito, es sin dudas el médico que se adapta a todo, con el costo que implica en su salud⁹.

Si pensamos en una mutua adaptación y relación con la medicina laboral: la función del médico del trabajo va a ser encontrar/evaluar el equilibrio entre los factores físicos, psíquicos o cognitivos y organizacionales, y surge como esencial, que el médico que se ha involucrado en esta temática se comprometa a velar por el reconocimiento del médico como factor humano a proteger, lo incluye.

Respecto al marco legal, la ergonomía fue receptada en la legislación laboral nacional, especialmente a partir del 2003, donde aparece la resolución 295¹⁰, cuya orientación fue proteger o legislar para proteger, lo que sería la columna lumbosacra y los miembros superiores en relación a su afectación ante valores límites de las vibraciones mano, brazo y del cuerpo entero, la fuerza, los factores térmicos, trabajos repetitivos, duración de la jornada, posturas, así es que propone un piso con valores a evaluar, que número de factores están presentes y recomienda la utilización del juicio crítico del profesional para reducir la exposición, facilita tablas de evaluación y recomendaciones para los establecimientos¹¹. Esta misma resolución en su anexo 2, se ocupa de las especificaciones técnicas sobre radiaciones, volveremos a este punto en el apartado próximo, con relación al riesgo radio físico. Hasta acá es evidente, y no se ha modificado en el tiempo, que se ha legislado solo parte del concepto de ergonomía, la física.

Luego en el 2014, el decreto 49 del Poder Ejecutivo Nacional (PEN), viene a modificar el decreto 658¹² del año 96, también del PEN, donde se habían listado las enfermedades profesionales previstas en el artículo 6 inc. 2 de la Ley de Riesgos de Trabajo Nro. 24557/95¹³. En este decreto del 2014 se incorporan las várices primitivas bilaterales, las hernias inguinales directas y mixtas (excluyendo las indirectas), las hernias crurales, y la hernia discal lumbo sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario. En el 2015, dos resoluciones de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, la 886/15¹⁴ donde se aprueba el “Protocolo de Ergonomía” (anexo I), “Diagrama de flujo” (anexo II) e “Instructivo” (anexo III); y la 3345/15¹⁵ que establece, en cumplimiento con el Anexo I del Decreto 49/14, los límites máximos para el traslado de objetos pesados, tareas de empuje o tracción de objetos. Como vemos hasta aquí, el marco normativo vigente tiene un único enfoque, el físico.

b) ERGONOMIA FISICA EN LA TAREA MEDICA

La multifacética tarea médica tiene un aspecto físico central, de ahí la percepción y respuesta automática de los médicos a cierta edad, de “estamos rotos”. No se rompe lo que no es materia.

La profesión médica es una profesión que requiere especialmente una indemnidad psicofísica, con todos los sentidos activos, independientemente de la especialidad. En un siglo, donde afortunadamente se tratan de minimizar o abolir las discriminaciones por discapacidad, en medicina no se ha podido avanzar, dejando en evidencia, lo importante de la capacidad física y mental a la hora del ejercicio médico. Basta con imaginar la actividad de un médico clínico que necesita de todos sentidos para diagnosticar (ver, auscultar, palpar, oler, comunicar) como la de un cirujano parado utilizando sus manos y aparatología dentro o fuera del cuerpo de una persona. Aquí rápidamente, los factores anatómicos toman relevancia, los trastornos musculoesqueléticos, la patología de columna, las neuropatías de las extremidades, entre otras, están a la orden del día. Simultáneamente, los riesgos biológicos y físicos ponen en jaque ese mismo cuerpo.

Esta realidad solo ha generado relevamientos espasmódicos, aislados, y que tímidamente van en aumento luego de una situación emergente como la pandemia COVID 2019, no porque antes se desconociera, sino que, en buena hora, algunos se dieron cuenta que este recurso es agotable y no sustituible.

Se han publicado análisis interdisciplinarios, en el 2021, desde el Ministerio de Trabajo y la SRT, donde se identifican tres ejes a relevar y así se dividen en tres presentaciones, una explicativa de los conceptos centrales de la ergonomía y sus divisiones, enfocada en factores humanos¹⁶, la segunda sobre ergonomía organizacional¹⁷, y la tercera específicamente sobre una ergonomía física en el aspecto de manejo manual de pacientes¹⁸, en su conjunto se hace una aproximación general a esta problemática pero con un enfoque amplio del sistema sanitario, no específicamente al factor humano médico, esta dificultad fue también identificada por los autores, sus consideraciones, extremadamente útiles, bienvenidas y esperanzadoras, aplican más al resto del personal, no lográndose identificar como sistematizar la aplicación de las resoluciones vigentes a la multiplicidad de tareas médicas en los diferentes subsectores e incluso a lo largo de una misma jornada laboral.

En el año 2012, se publican los resultados de la VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo¹⁹ desde el Ministerio de Trabajo y Economía de España, realizada en 2011, sistema puerta a puerta, identificándose luego en su análisis, utilizado por compañías de protección laboral y citada en varios artículos²⁰, al trauma musculoesquelético en el trabajador médico con un alto impacto general y mayor frecuencia en diferentes especialidades quirúrgicas. Esta encuesta reveló que el 81,9% del personal sanitario refiere molestias de origen musculoesquelético, siendo el dolor lumbar el más frecuente, con un 52,2%, seguido del dolor cervical, con un 43,3% (zona alta de la espalda: 31,4%; hombro:

18,7%; brazo/antebrazo: 12,3% y piernas: 9,7%). Se identifico que esto ocurre por las exigencias físicas del puesto de trabajo, como repetir los mismos movimientos de manos o brazos (el 54,3% del personal sanitario encuestado), adoptar posturas dolorosas o fatigantes (50,3%), levantar o mover personas (43,9%) o estar de pie parado (31,7%)²¹, y a su vez que estos factores repetitivos y que generan fatiga laboral, dentro del personal sanitario, es identificable como constante y transversal, entre cirujanos e instrumentadores.

Si bien excede los objetivos de este trabajo, en esta publicación sobre Ergonomía quirúrgica²², se informa un porcentaje elevadísimo de trastornos musculoesqueléticos (TME), cercano al 75%, con una afectación proporcional mayor al 50% tanto en la región cervical, lumbar y los hombros, siendo levemente menor en las manos (33%); así mismo se aborda la prevalencia entre ciertas especialidades quirúrgicas, reportándose mayor incidencia entre los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica. Lo relevante más allá de los porcentajes es el impacto que genera en la comunidad médica y que es asimilable a lo que ocurre en la comunidad médica argentina, especialmente quirúrgica, desde hace al menos una década, y que se relaciona íntimamente con la realidad de vacantes libres en residencias especialmente quirúrgicas, si bien los TME no son la única causa, inciden claramente. Esta realidad mundial, impacta con necesidad de modificar las cargas horarias, replanteos laborales, incluso pensar en adelantar la jubilación, tal como menciona el artículo referido, en relación a un metaanálisis realizado por Epstein y col, publicado en la revista de cirugía JAMA²³. Este metaanálisis, aborda las especialidades de procedimiento, incluyendo la cirugía y el intervencionismo, prácticas que comenzaron su escalada hacia fines de la década del 90 y los últimos 20 años, lo cual obligó al especialista médico a capacitarse en estas técnicas. El impacto entre los cirujanos e intervencionistas recién se está poniendo en evidencia en aquellos que llevan un promedio de 15 años de práctica ininterrumpida, los pioneros ya se retiraron sin alcanzar a tener los impactos, acá es necesario hacer una salvedad, sí sufrieron los impactos de la radiaciones, pero no es extrapolable sólo a este ítem; los que siguieron están retirándose actualmente sin un minuto más y con diversos trastornos y el resto está “roto” viendo como sigue, ya que la mayoría se formaron sólo para ser cirujanos/intervencionistas. Esto amerita un análisis serio, estadístico desde las sociedades quirúrgicas, de cardiología intervencionista y de radiología intervencionista, talvez sea un próximo desafío de quien suscribe, que forma parte de esta población en extinción.

Volviendo al marco legal, la ergonomía física, el trabajador médico y el tema adeudado del párrafo último, precisamente la resolución 886/15, insta a aplicar un programa de ergonomía integrado haciendo hincapié en lo habitual, y en la valoración de los puestos de trabajo, diferenciándolos en puestos habituales, puestos testigos y puestos eventuales. En el anexo 1 de la resolución se hallan cuatro planillas a completar en este protocolo de ergonomía establecido por ley, y allí debe

identificarse al trabajador que está en contacto con una máquina, con un dispositivo, con un proceso, se evalúan los puestos, esto no sería imposible de aplicar en un relevamiento de puestos de trabajo quirúrgicos, con roles de cirujano, primer y segundo ayudante. De hecho, en la identificación observacional y no instrumental de los factores de riesgo - levantamiento, empuje y tracción, transporte de carga, bipedestación, movimientos repetitivos o posturas forzadas, vibración, confort térmico y estrés de contacto- por ejemplo, los últimos cinco están presentes como factor crónico.

c) ERGONOMIA COGNITIVA EN LA TAREA MEDICA

Si algo retumba como imprescindible y condición sine qua non en el trabajador médico, es su salud mental, ni más ni menos que las funciones intelectuales básicas (atención, memoria y percepción) intactas asociada a las superiores, razonamiento e ideación, conformando el juicio crítico necesario para toma de decisiones. Esto no requiere ni análisis ni revisión bibliográfica, en forma autorreferencial o simplemente siendo observador de las diferentes áreas médicas, claro está, mucho más que en la esfera física, que nadie se ocupa. No solo por la multiplicidad de tareas y los diferentes tipos de relaciones laborales, resultante en un ¿a quién le correspondería?, sino que, en esta visión altruista de la profesión, esto no es admisible y por lo tanto relevante.

Pero no solo se mira para otro lado, sino que no se toman medidas de prevención. Un ejemplo típico de esto es que el médico es un autodidacta en la organización de sus descansos, en general las vacaciones si bien son pagas en lugares en relación de dependencia, se devuelven, se tiene que cubrir entre colegas, se compensan, se trabaja el doble, y en otros sitios, si no trabaja, no se cobra. Claro, el recurso capacitado no es reemplazable, pero de alguna forma se podría retribuir este desbalance.

Como esos especialistas capacitados escasean, son ocupados y circulan de un trabajo al otro, el empleador y las gerencias no lo prevén y el médico no para ni puede parar, con lo cual el agotamiento psíquico no sopesado tal vez sea más grave que el físico. Las consecuencias, múltiples. Mayor estrés, mayor error, mayor enfermedad, mayores costos humanos y sociales. El clásico y vapuleado Síndrome de Burnout, recientemente reconocido como patología por la OMS²⁴ en enero de 2022 tampoco requiere explicación en el medio médico, solo reconocer que no se trata solamente de un cuadro psicorgánico reaccionario al estrés que genera los malos tratos, la violencia hacia el personal y/o la alta tasa de demandabilidad por responsabilidad de praxis médica, sino que se debería poner en claro que se llega a ciertas circunstancias de agotamiento o como se lo conoce “quemarse por el trabajo” “*desgaste ocupacional*”, porque obviamente falla la ergonomía en todos sus aspectos, máxime el organizacional.

Categorizado dentro de CIE11, con el código QD85, el síndrome de desgaste ocupacional²⁵ que solo ha de considerarse en relación al contexto laboral consiste en un “síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se

14. http://www.provinciart.com.ar/descargas/PART_PREVENCION_Protocolo_ergonom%C3%ADa

15. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-3345-2015-252684/texto>

16. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01_ergonomia_y_factores_humanos_en_el_trabajo_sanitario.pdf

17. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/02_efh_organizacion.pdf

18. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/03_efh_movilizacion_manual_de_pacientes.pdf

19. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: pág. 22-28

ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización". La propia definición habla de la falta de manejo con éxito. Es decir, falla la prevención y la detección, se identifica, pero tarde. .

d) ERGONOMIA ORGANIZACIONAL DE LA TAREA MEDICA

En este aspecto, en los ambientes asistenciales, tanto públicos como privados, se observa desde hace varios años una tendencia a acreditar calidad. Esfuerzos considerables de las instituciones para cumplir con las exigencias de las normativas vigentes al respecto, se avisa previamente cuando llegaran las inspecciones, se baja normativa a los servicios o áreas, etc., pero nunca se evalúa al actor médico como factor humano a proteger, necesariamente indemne para ser mostrado y tener buenos resultados, solo se muestran los logros del área, del servicio, del hospital, como si algo de todo eso fuera posible sin factor humano capacitado, pero pareciera que ese factor salió de un repollo y vuelve al repollo luego de la semana de inspección. Ni sus condiciones psicofísicas ni sus necesidades temporales y económicas, ni siquiera sus capacitaciones son cubiertas por el sistema que quiere acreditar calidad. Sin extenderse demasiado en esta realidad, hoy, ni el origen de la titulación ni la especialización son evaluados, por la escasez del recurso.

No solo se trata de recurso humano escaso, con la problemática económica y social que atraviesan los países latinos, la ergonomía organizacional no cumple su rol, se le pide a ese recurso la adaptación a la escasez, a la deficiencia de materiales, a la falta de elementos de protección pero también se le exige excelencia, resultados demostrables, que jerarquicen las organizaciones porque eso implica un mayor apoyo, potencialidad de ser subvencionados, elegidos, contratados, o simplemente para que otros cuelguen "*los laureles que supimos conseguir*"²⁶.

Si consideramos que esta rama de la ergonomía debería ocuparse que los sistemas laborales contemplen alimentación, descansos, equipos de protección personal adecuados, educación médica continua, deberían por comenzar a estudiar el tipo de trabajo médico desde la esfera manual a la intelectual, que no es equiparable al trabajo de enfermería, el cual si bien de modo aún precario, suele estar contemplado en sus regímenes laborales, donde se intenta ir motivando a los empresarios para introducir cambios simples que incrementan el bienestar de sus trabajadores²⁷.

Así mismo, identificados los objetivos de gestión de calidad como estandarte organizacional, es evidente que solo se aplica a ciertas instituciones, quedando otras áreas médicas como por ejemplo las no asistenciales dependientes de áreas ministeriales con pocos recursos, como el ejecutivo, sin capacitación adecuada, sin equipamientos de protección adecuados y adaptándose permanentemente el recurso a las exigencias

jerárquicas, con los resultados a la vista.

e) RIESGOS INSALUBRES, REGÍMENES JUBILATORIOS Y MARCO LEGAL.

Cuando se piensa en ciencias médicas el común denominador asocia con insalubridad a la profesión, sin embargo, lejos esta esto de ser reconocido como tal. Radiaciones, infecciones, sangre. ¿Quién testea al médico? ¿Ud. ha visto médicos con dosímetros? ¿o sólo a técnicos? ¿quién controla los equipos de protección plomados? ¿cada cuanto se renuevan? ¿están quebrados? ¿qué espesor tienen?

Hay unas pocas especialidades que son "cubiertas" con regímenes de insalubridad, que favorecen al trabajador sanitario con una jubilación anticipada por la exposición a ciertos riesgos contemplados hace varias décadas por el Ministerio de Trabajo, que luego quedaron en stand by, no se revisaron en nuevas instituciones ni se reconocieron en otras con tareas asimilables, negando el reconocimiento tanto económico como jubilatorio, violando principios constitucionales básicos de a igual tarea igual remuneración²⁸. De hecho, los reclamos son individuales, o de gremios, y así como es nuestro control de constitucionalidad, aplicable al caso concreto, los derechos laborales entran en esta categoría, no todos, pero la insalubridad sí, la remuneración también.

La ley 10430 de la Pcia. de Buenos Aires²⁹, ley del empleado público y el decreto ley 9650/80³⁰ contemplan regímenes jubilatorios e insalubridad para la tarea docente y otras tareas insalubres de ciertos hospitales, y cuando las acciones individuales o gremiales logran el reconocimiento de una tarea insalubre por parte del Ministerio de Trabajo, se asimila el prorrateo de años a las tablas de cálculo utilizada en docencia, obviamente este reconocimiento no es gratuito, aumenta el descuento jubilatorio y además, no es reparativo de nada, porque lejos de cumplir con uno de los principios básicos del Derecho, siempre se aplica la ley más benigna y las perjudiciales no son retroactivas, la insalubridad, a pesar que el trabajador haya realizado siempre la misma tarea, no se aplica retroactivamente, esto implica incluso un menoscabo económico injusto en quien, por no tener los años puros e insalubres asociado a edad y caja otorgante, no pueda hacer uso de este derecho e igualmente por ley le descuenten un mayor aporte jubilatorio, ya que es obligatorio. Afortunadamente, en otras provincias como Santa Fe, se reconoce tareas insalubres en general y en particular siendo opcional la adhesión al cómputo diferenciado³¹.

Recientemente el Gobernador de la provincia de Bs. As, firma un decreto 1554/22³² donde hace extensiva la posibilidad de jubilación a edad anticipada, a todos los trabajadores dependientes de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud, habilitando un cálculo de prorrateo en función de la calidad de las tareas desempeñadas, los límites de edad y los aportes efectuados. Este reconocimiento bienvenido sea, pero no se esta previendo que no hay recambio.

Hay especialidades insalubres por excelencia, y una de ellas es la medicina legal, especialmente en su rama tanatológica,

insalubridad que en la mayoría de las provincias no está reconocida, según el último relevamiento sobre la problemática laboral forense, desde la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina³³, más del 70% de los médicos no tiene reconocida la insalubridad.

En otras provincias, increíblemente por ley se paga la insalubridad, es decir el estado reconoce el menoscabo en la salud y le paga al trabajador médico ese deterioro progresivo³⁴.

El concepto calidad de vida resulta fundamental a la hora de considerar la salud ocupacional de cualquier trabajador. Este concepto es tenido en cuenta por los profesionales, quienes desde edades muy tempranas deciden tener una mejor calidad de vida y eligen estudiar, la carrera que sea, y resulta ser que la profesión médica termina siendo por todo lo que se ha ido analizando, un callejón con una única salida, que en la última década siempre es sofocante, multi empleo, indiferencia de las obras sociales, cajas jubilatarias propias con cuotas onerosas, jubilación que no supera dos salarios mínimo, vital y móvil³⁵.

Según la OMS, calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"³⁶.

De esta definición, se desprende porque siempre se asocia y se da por hecho, que la profesión médica otorga calidad de vida, ¿quien ha abandonado la idea de la imprescindibilidad del médico en la sociedad?, nadie, pero la gratitud, el reconocimiento, la valoración, si se ha dejado de lado, simplemente basta con preguntar a los médicos más jóvenes y a los que han trabajado a destajo en la pandemia, si se sienten valorizados. Esta ambigüedad es una de las causas de choque entre el médico, la sociedad y el estado, el agobio, el resultado.

POSTURA DE LA AUTORA

En la introducción, el multi enfoque de la actividad médica lleva impreso el sesgo de quien suscribe, casi 28 años de trabajo en ámbito pericial y asistencial, 25 años de médica, cirujana, legista y forense, recientemente abogada, e involucrada en la actividad y realidad de los médicos, desde las comisiones directivas de ambas sociedades científicas (CACCV³⁷ y AMFRA³⁸) y con antecedentes laborales en diferentes ámbitos, que permiten relatar hechos sin recurrir a bibliografía. Con una posición crítica y dura, preocupada por los que vienen y por quien, y como se va a cuidar a la población, tanto en lo asistencial como en lo jurídico pericial forense, habiendo padecido varias de las situaciones identificadas, siendo resiliente a la enfermedad y el entorno, desde esta perspectiva puede afirmar que el enfoque sobre una ergonomía aplicada al médico, no existe aún en nuestro país.

Los escasos análisis sobre el tema, como éste, terminan siendo un obiter dictum y no una ratio decidendi³⁹, haciendo un parangón con el derecho, son enunciativos, decorativos como su traducción de "*dicho sea de paso*" y no logran decisiones ni marcos normativos, pero también es cierto que no hay marco normativo que no requiera una obiter dicta. El análisis de la problemática es necesario, es el punta pie inicial. Diagnóstico

primero, incluyendo el diferencial y luego planteo de diversos escenarios terapéuticos.

a) La primera posición sería, esto es así y desde hace mucho tiempo.

En un medio laboral que aplica la legislación vigente ley de Seguridad e Higiene, 19587, res. nro37, ley de riesgo de trabajo 24557 y el decreto 351/79 sólo se cumple el examen pre ocupacional, luego ante algún accidente de trabajo individualmente el trabajador debe comunicarse telefónicamente con la ART, esto UNICAMENTE en el empleo público, en privado no está articulado, ni el accidente de trabajo ni el pre ocupacional.

Nadie controla la exposición de los médicos a las radiaciones ni velan por buena iluminación por ejemplo en los quirófanos. En casi 28 años de trabajo en ámbito legista/forense y como cirujana los últimos 25, nunca se acercó nadie a evaluar necesidades.

5-6 hs promedio- a veces más porque el home office es inevitable y la hora vuela si el trabajo apasiona- frente a una computadora, sin tener en cuenta altura de la mesa, monitor, sillas no ergonómicas, etc. No lo tienen en cuenta nadie, ni el trabajador ni el empleador ni la gerenciadora. En todos los ámbitos los escritorios son estándar y las sillas, sillas.

En lo asistencial, hace más de 20 años que en hemodinamia donde se trabaja con equipo de Rx, los equipos son buenos y se controlan, la sala es plomada, pero los delantales tienen más o la misma antigüedad que la del trabajador, algunos se hayan quebrados y ni que hablar los protectores tiroideos, todos los protectores son del lugar de trabajo y los utilizan varias personas. No hay dosímetros para médicos, la fundamentación, la exposición no es diaria ni continua. Protección ocular hace unos años, los guantes plomados inaccesibles.

Respecto al trabajo no de oficina, sino de morgue o un su momento también, lugares del hecho, e incluso en el ámbito asistencial, nada es acorde a posturas saludables. Nadie ayuda, solo miran, con lo años se aprende que tiene que ver con el morbo de cada uno, mirar, estorbar, ahí están, pero al momento de cargar un cuerpo, embolsarlo, girarlo, etc. son muy pocos, también al momento de figurar en un acta.

Las mesas de Morgagni muy útiles, pero antiguas, deberían adaptarse a un mix con las mesas de cirugía o hemodinamia, radios lúcidas, que se puedan angular o rotar, eso minimizaría esfuerzos, y no habría necesidad de mover los cuerpos de una camilla para radiografiarlos a otra para autopsiarlos. En lo asistencial, camillas, sillas de consultorio, lámparas cialíticas, ventilación, etc. todo lo que se usa lo usan todos, no hay adaptación alguna, ni siquiera respecto a talle de delantales plomados o protectores tiroideos.

En 28 años de trabajo en relación de dependencia nunca una audiometría, ni siquiera de ingreso, nunca un examen periódico.

b) la segunda posición sería no se puede ni debe ser sólo espectador.

Primero tomar conciencia, luego reclamar. Pedir lo que se

necesita. Una estela de pesimismo tira hacia abajo, hace años se piden asientos ergonómicos, y nada, o si, burlas. Se sube el monitor con libros para no estar inclinando demasiado la columna cervical, se adicionan suplementos a las sillas, se refuerza la zona lumbar, etc, pero todo es individual y está a la vista.

El riesgo biológico es inherente a la actividad asistencial y forense de la medicina. El que ejerza sin tener noción de esto no está formado o es inimputable.

Los riesgos biológicos: Tuberculosis, HIV, Hepatitis, Meningitis, Covid, por exposición ocupacional. Hantavirus y leptospirosis, fiebre amarilla/ paludismo exposición poblacional, antes al hacer lugares del hecho, si había riesgos de este tipo, sumado a químicos. Llegar a domicilios donde las habitaciones estaban hasta el techo de basura y con ratas de custodia, grafican el recuerdo, hoy anécdota, pero otros siguen haciendo ese trabajo, están expuestos y sin protección alguna, al menos el riesgo debería ser identificado a priori como riesgo laboral, aun teniendo ART.

Si algo logró la pandemia fue que los NO personal de salud vivieron en carne propia el riesgo, la COVID 19 alineo prioridades, primero ellos con todos los EPP ahora a disposición del mundo.

La necesidad de control de fuente, mantenimiento de equipos de protección y control de integridad de los mismos, dosimetría a los trabajadores con radiación x y gamma, disminuir tiempos de exposición, control riguroso de esto independientemente de a quien le corresponde, aquí no debe haber orden, obediencia ni sumisión, aquí se trata de salud y vida, la personal y familiar.

c) la tercera posición: la realidad como el Derecho, se presume conocida por todos.

Se sabe, que todo lo que tenga que ver con radiaciones x y gamma generalmente se instalan en subsuelos, porque así disminuyen la dispersión externa, para proteger las áreas del contacto externo y auto protegerse, el médico es una máquina más, que se debe adaptar a la oscuridad o la luz, con lo que hay.

La falta de EPP, la mala calidad de los mismos, el reciclado en ciertos lugares, la ausencia de monitorización del recurso, la improvisación y la mentira, se sabe, el error también, el sistema se adapta por vergüenza o por miedo.

d) la cuarta posición identificación y correlación, SOLUCIONES!

La medicina forense es necesaria, pero nadie quiere estar cerca; y en lo privado, si la seguridad e higiene están relegadas, la ergonomía no existe.

Mejorar sistemas de protección de riesgo en la fuente: en el caso de la tanatología, aplicar sistemas de minimización de aerosolización de partículas óseas/ biológicas. Se ha propuesto, no se ha logrado, aún.

Otro punto es la formación del personal, y la convicción que necesita esto, algo, permite suscribir negativas o solicitudes, ante personal jerárquico y finalmente obtener resultados. Seguridad

directamente proporcional al conocimiento.

En lo asistencial, la planificación ergonómica implicaría claramente una disminución de enfermedades ocupacionales; si la planificación es previa, con adaptación de cada puesto de trabajo, también es determinante para disminuir accidentes. Lo emergente en este punto de la ergonomía, sería un cambio de políticas sanitarias y de seguridad, sumado un acompañamiento legislativo y judicial. Mejorar la calidad de vida o al menos la calidad del tiempo laboral del trabajador, se traduce por efecto derrame en menor siniestralidad, mayor productividad, mayor calidad de lo producido.

Políticas públicas y privadas, que con el tiempo necesariamente van a generar un cambio de paradigma imperioso, una generación está “rota” y la que sigue, “se empezó a romper antes”.

La ausencia de especialistas en áreas críticas, el recurso escaso o no suficientemente capacitado, sucumbe ante las enfermedades ocupacionales con o sin preexistencia, limita o saca al recurso muy precozmente e interrumpe una dinámica laboral que está tratando de cumplir con estándares de calidad.

En algún momento se van a tener que dar cuenta que invertir en salud implica muchas más cosas que otorgar presupuesto para construcción, equipamiento, insumos.

La desidia de los que se tienen que ocupar, cada uno en el rol que le corresponde es un factor común en todos los ámbitos, la desidia no desaparece con el reclamo ni con la nota, es inherente al recurso, pero como en lo público todo da igual, el bueno molesta, el acomodado se destaca, el torpe o inútil, pasa desapercibido.

e) La quinta posición sería basta de excusas

Seguridad y riesgo como contexto de trabajo, compromiso del médico laboralista y del médico empleado, de los otros agentes interrelacionados con el marco legal que da un piso mínimo a cumplir, herramientas que permiten la intervención del médico, del licenciado en Seguridad e Higiene y del responsable de la empresa, interrelacionado con los derechos y obligaciones de las partes en la relación laboral y los organismos de control. La falla de uno pone en riesgo no sólo el éxito de la empresa sino la salud del trabajador y potencia demandas.

Sin excusas, no hay tiempo de responsabilizar en el mientras tanto, renovar los equipos de protección, dosimetría a todos los que se hallan en contacto directo o indirecto con radiaciones, renovación de equipos de rayos obsoletos, se debe exigir.

No hay excusas, ejemplo típico la exposición a radiaciones, la necesidad de capacitación periódica, no solo un curso de radio física sanitaria de tres hs para poder usar los equipos u obtener una especialidad, cada uno debería tener su equipo plomado, obviamente eso implica lockers, inversiones y es difícil de lograr, no solo el tiempo vale oro, el espacio también, y aquí la ergonomía organizacional se adapta al valor del espacio más que al valor del recurso, es hora que se ponga los pantalones largos.

El marco legal propone un programa de la ergonomía integrado (PEI) resol.295/03 Anexo I, en realidad un programa de

vigilancia continua. En una ergonomía medica más que nada, ¿surge el interrogante de integrado a qué? puede ser integrado a calidad, a producción, a resultados, a módulos rentables, a la salud del trabajador, esto último no resuena.

Para diseñar un programa de ergonomía médica, hay que evaluar y plantearse por donde se empieza, qué sectores, qué puestos son los que tuvieron mayor prevalencia o patología en el último año, para eso hay que cumplir con los exámenes exigidos por ley; donde se levanta más peso dónde están las peores posturas y en base a eso diseñar el programa de ergonomía integrada. Estos programas llevan tiempo, y el enfoque de cualquier programa, podrá ser multidisciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar. Si entendemos disciplina como una especialidad que se interrelaciona con otra por ejemplo higiene y seguridad con medicina del trabajo; multidisciplinaria es, alguna de esas disciplinas que se conecta o interrelaciona con otras disciplinas pero siempre es liderada por una, que coordina; la interdisciplinar es algo más avanzado que la multidisciplinaria conceptualmente, acá desaparecen los niveles, y cuando se generan nuevos lenguajes con otras disciplinas que son superadoras, se está en presencia de los programas u objetivos con enfoque transdisciplinar⁴⁰. En este punto seguramente se podría alcanzar una ergonomía correctiva, impensable en un ámbito médico jerárquico donde los egos y las exigencias de un equilibrio equilibrado, resultan impenetrables.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista ergonómico monitorear el impacto del trabajo en la labor medica como un salvoconducto para mejorar la calidad de servicio profesional, tendiente a no agotar el recurso antes de tiempo y a no desalentar la formación médica de las nuevas generaciones, se impone.

Hacer un diagnóstico de situación real, propender a jornadas más reducidas y mejores pagas, evitar el pluriempleo, tener un marco legal aplicable a la actividad en lo referente a riesgos de trabajo, capacitar desde la facultad, sobre temas relacionados con la seguridad e higiene; dar herramientas básicas de ergonomía para desde el comienzo evitar todas aquellas posturas riesgosas como así atender y entender el modo en que se deben realizar las pausas compensatorias; facilitar la capacitación, chequeos médicos integrales, propender desde los colegios que tienen delegado el contralor de la matricula, a tener recurso humano sano, capacitado y bien remunerado, marcos legales adecuados a una protección integral, que la insalubridad se reconozca y no se abone el deterioro, que se pueda elegir la opción más conveniente.

Todo está dicho, sería interesante ver quien toma la posta.

BIBLIOGRAFIA (mayormente referenciada al pie de página)

- Cirugía JAMA. 2018;153(2):e174947.
doi:10.1001/jamasurg.2017.4947
- Epstein S, Sparer EH, Tran BN, Ruan QZ, Dennerlein JT, Singhal D, Lee BT. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Surgeons and Interventionalists: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surg. 2018 Feb 21;153(2):e174947. doi: 10.1001/jamasurg.2017.4947. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29282463; PMCID: PMC5838584.
- Ergonomía y factores humanos
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01_ergonomia_y_factores_humanos_en_el_trabajo_sanitario.pdf
- Ergonomía laboral, desafío en plena pandemia
<https://www.comunicaciontucuman.gob.ar/noticia/salud/205106/ergonomia-laboral-desafio-para-personal-sanitario-plena-pandemia>
- Ergonomía y movilización manual de pacientes
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/03_efh_movilizacion_manual_de_pacientes.pdf
- Ergonomía organizacional
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/02_efh_organizacion.pdf
- Ergonomía quirúrgica <https://www.gaesmedica.com/es-es/ergonomia-quirurgica>
- Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400008
- Esser Díaz, J., Vásquez Antúnez, N., Couto, M. D., & Rojas, M. (2007). Trabajo, ergonomía y calidad de vida. Una aproximación conceptual e integradora. Salud de los Trabajadores, 15(1), 51-57. ISSN: 1315-0138.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839282005>
- La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100003
- OMS, CIE 11
<https://icd.who.int/browse11/lm/es/#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Trabajo, ergonomía y calidad de vida. Una aproximación conceptual e integradora
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000100005
- VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo; pág. 22-28
<https://www.insst.es/documents/94886/96082/VII+Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo%2C+2011.pdf/399f13f9-1b87-41de-bd7e-983776f8212a?t=1528877644476>

LOS LÍMITES A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ENTRE LA NORMATIVA Y LAS CONVICCIONES

DR. AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ

Docente 1ra Cátedra Medicina Legal UBA. Doctor en Medicina. Médico legista Universitario y abogado. Coordinador Académico Carrera de Especialización en Medicina Legal Universidad Isalud dirigida por Prof. Dr. Oscar Lossetti.

INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia es un derecho reconocido que permite a los individuos abstenerse de cumplir ciertas obligaciones legales cuando estas entran en conflicto con sus convicciones éticas, morales o religiosas. Sin embargo, en el marco normativo argentino, su ejercicio está estrictamente regulado, especialmente en situaciones que involucran derechos fundamentales como el acceso a la salud y la vida. Este documento aborda en detalle el tratamiento normativo de la objeción de conciencia en el contexto de la Ley N.º 27.610 (Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE), el Decreto Reglamentario N.º 516/2021 y el protocolo aprobado por la Resolución Ministerial N.º 1535/2022.

Sin embargo, el ejercicio de la objeción de conciencia plantea desafíos éticos y jurídicos, especialmente en contextos donde entra en conflicto con derechos fundamentales, como el acceso a la salud.

En este trabajo, analizaré sucintamente las disposiciones legales y reglamentarias, citando y abordaré la interpretación de la objeción de conciencia desde una perspectiva bioética y jurídica. Así, fundamentaré por qué el derecho a la objeción de conciencia debe estar sujeto a límites claros para preservar el interés colectivo y el imperio de la ley.

¿Cómo se define y limita la objeción de conciencia en el ámbito jurídico-moral?

La objeción de conciencia, en el ámbito jurídico-moral, se define como la negativa a cumplir una norma jurídica o realizar una acción específica debido a un conflicto con las propias creencias morales o religiosas. Sin embargo, su definición precisa es ambigua y compleja debido a la falta de consenso sobre el concepto mismo de "conciencia".

El concepto de "objeción de conciencia" emerge en el contexto del debate sobre si existe una obligación moral de obedecer la ley. Diversas teorías filosóficas sostienen que, si bien puede existir una obligación moral *prima facie* de obedecer el derecho,

esta puede ser superada por una razón moral más fuerte.

En Argentina, la objeción de conciencia no está explícitamente reconocida como un derecho fundamental en la Constitución Nacional. Se la considera, más bien, como una forma de ejercicio del derecho a la libertad de culto, consagrado en el artículo 14 de la Constitución.

Es importante destacar que en nuestra constitución, ningún derecho es absoluto, por lo tanto, el derecho a la libertad de culto tampoco lo es. El artículo 31 de la Constitución Nacional establece la supremacía de la Constitución, lo que significa que el ejercicio de la libertad de culto no puede implicar una violación de los deberes y garantías constitucionales. Asimismo, el goce de los derechos y libertades queda sujeto a reglamentación, en tanto tal reglamentación no contravenga su espíritu. Esto se debe a que estos derechos están enunciados como principios abstractos. Por lo tanto, el goce ilimitado de cualquier derecho por parte de un ciudadano, casi siempre menoscaba el goce del mismo o de otro derecho por parte de otros ciudadanos. Por ello, la reglamentación de las leyes, sin desvirtuar su espíritu, tiene por objeto poner límites al uso de derechos por parte de algunos ciudadanos, cuando amenaza o compromete el goce de derechos de terceros.

En el ámbito de la salud, la objeción de conciencia debe interpretarse de manera extremadamente restrictiva cuando la salud y la vida de las personas están en riesgo. La Ley Nacional de Derechos del Paciente N.º 26.529 establece que el profesional de la salud solo puede excusarse de brindar asistencia cuando otro profesional competente se haya hecho cargo del paciente.

Las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, tienen la obligación de garantizar el acceso a todas las prestaciones sanitarias, sin discriminación por motivos religiosos.

La objeción de conciencia como argumento ético y jurídico para justificar la desobediencia a la ley

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 18, establece una referencia clave sobre la libertad de conciencia,

indicando que "toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia". Sin embargo, la amplitud de esta definición introduce un problema: no existe una noción unívoca sobre qué es exactamente la conciencia, ni mucho menos sobre qué significa la libertad de conciencia o la objeción de conciencia.

Giubilini (2016) señala que la objeción de conciencia ha sido interpretada de maneras radicalmente diferentes según el marco teórico que se adopte. Mientras algunos autores se basan en teorías filosóficas o psicológicas para definir la conciencia, otros la abordan desde un enfoque ético o religioso. Esta multiplicidad de definiciones implica que no existe una concepción uniforme del término. Por lo tanto, como argumenta Giubilini, se vuelve imperativo que cada autor explicité el alcance con el que utilizará el concepto antes de iniciar cualquier discusión o debate en torno a la objeción de conciencia.

En el contexto jurídico argentino, el artículo 14 de la Constitución Nacional asegura a todos los habitantes el derecho a profesar libremente su culto y a practicar sus creencias religiosas. Esta disposición refuerza la idea de la libertad de conciencia como un derecho fundamental, pero nuevamente, sin proporcionar una definición precisa de lo que constituye una "conciencia" o los límites de su ejercicio. De este modo, la objeción de conciencia se sitúa en un terreno éticamente complicado, ya que puede presentarse como una justificación para desobedecer normas jurídicas, siempre bajo el argumento de que la ley en cuestión contradice los valores fundamentales o las creencias personales de quien la objeta.

El problema, entonces, no solo es filosófico, sino también jurídico: ¿en qué circunstancias puede una persona legítimamente invocar la objeción de conciencia para justificar la desobediencia a la ley? Y más importante aún, ¿cuáles son los límites de esa invocación? La respuesta a estas preguntas no es sencilla, dado que entra en juego el delicado equilibrio entre el respeto a las creencias individuales y el imperio de la ley como garante de los derechos colectivos y el orden social. De hecho, muchos juristas sostienen que la objeción de conciencia debe interpretarse de manera restrictiva para evitar su uso abusivo o arbitrario, que podría socavar la eficacia de las normas jurídicas y, en última instancia, el Estado de derecho.

¿Existe una obligación moral de obedecer el derecho?

A pesar de esta aparente conexión directa entre las normas y la acción, el problema de la justificación racional del seguimiento de normas ha sido un tema recurrente en la filosofía del derecho y la filosofía moral. Un aspecto central de este debate es la pregunta sobre si existe una obligación moral de obedecer el derecho, y, de ser así, hasta qué punto.

En términos estrictos, no puede existir una obligación jurídica de obedecer el derecho, ya que eso convertiría la afirmación en una

tautología: la obligación de obedecer el derecho simplemente porque es derecho. La cuestión entonces es si esa obligación pertenece a otro sistema normativo, como el moral (obedezco porque creo que es justo) o el prudencial (obedezco bajo amenaza de sanción). La discusión se ha centrado mayormente en determinar si existe una obligación moral de obedecer las leyes, más allá de sus bases puramente legales.

Muchas teorías que responden afirmativamente a esta cuestión sostienen que se trata de una obligación moral *prima facie*, es decir, una obligación moral en principio, pero no absoluta. Según esta concepción, la obligación moral de obedecer el derecho puede ser superada por una razón moral más fuerte que justifique actuar en contra de lo que establece una norma jurídica específica. Además, estas teorías usualmente limitan la obligación *prima facie* de obedecer el derecho a aquellos sistemas jurídicos que, en su conjunto, son generalmente justos. Esto significa que, incluso si un sistema puede contener algunas normas injustas, la obligación de obedecer persiste mientras el sistema en su totalidad no sea fundamentalmente injusto.

Por otro lado, quienes niegan la existencia de una obligación moral general de obedecer el derecho lo hacen de diversas maneras. Algunos no rechazan la posibilidad de que en ciertos casos haya una obligación moral de obedecer el derecho, sino que argumentan que no existe una obligación general aplicable a todas las normas jurídicas simplemente porque son jurídicas. Esto se aproxima, en esencia, a la idea de que existe solo una obligación moral *prima facie* de obedecer las leyes.

Otros adoptan una postura más radical, afirmando que la única obligación relevante es la moral, y que una norma jurídica no añade nada a la obligación moral que ya pueda existir. Por ejemplo, según esta posición, la obligación de no matar es una obligación moral, y su existencia no depende de que el derecho prohíba el homicidio (Bix, 2009, pp. 186-187). En este sentido, la ley sería irrelevante para la existencia de la obligación, ya que esta se justifica moralmente por sí sola.

Finalmente, algunos niegan de manera categórica la existencia de cualquier obligación moral de obedecer el derecho, ya sea de manera general o con respecto a normas particulares. Los anarquistas, por ejemplo, argumentan que no existen autoridades legítimas que puedan imponer una obligación moral de obedecer el derecho. Incluso si hipotéticamente pudiera existir una autoridad legítima, ellos sostienen que ninguna autoridad real cumple con los requisitos que justificarían tal legitimidad.

Ninguna de las teorías que defienden la existencia de una obligación moral de obedecer el derecho (aun si es *prima facie*) parece ser completamente convincente. Si esta conclusión es correcta, deberíamos abandonar la idea de que existe una obligación moral de obedecer el derecho en todos los casos. Pero esto no implica que las normas jurídicas sean irrelevantes para la toma de decisiones prácticas o que no haya una relación normativa entre el derecho y la moral.

Como explica Arend Soeteman, aceptar que no existe una obligación moral absoluta de obedecer el derecho nos conduce a considerar dos posibles enfoques. El primero sugiere que las

normas jurídicas contienen excepciones que no están explícitamente incluidas en su formulación, lo que nos imposibilitaría deducir de manera clara lo que debemos hacer en circunstancias concretas. El segundo enfoque rechaza esta idea, afirmando que solo debemos aceptar excepciones explícitamente incluidas en la formulación de una norma. No obstante, la cuestión sigue siendo si realmente somos capaces de formular normas que sean válidas en términos absolutos bajo todas las circunstancias (Soeteman, 1989, p. 196).

Las distinciones filosóficas sobre la obligación de obedecer el derecho son cruciales para comprender el concepto de objeción de conciencia. Dependiendo de la postura adoptada, la objeción de conciencia puede entenderse de formas radicalmente distintas. Desde una perspectiva, podría tratarse de un supuesto en el que la desobediencia a una norma jurídica está justificada moralmente. Desde otra perspectiva, sin embargo, se podría argumentar que dicha desobediencia no es tal, ya que la norma en cuestión no es propiamente una norma jurídica, al contravenir la "moral natural".

Este tipo de debates, especialmente en el ámbito de la salud, tienden a estar marcados por una falta de claridad sobre el alcance de la objeción de conciencia. Un ejemplo significativo de esta confusión es la objeción de conciencia en relación con el aborto. Las discusiones suelen omitir distinciones fundamentales, tales como: ¿De qué manera el aborto viola la conciencia del médico religioso? ¿Es la conciencia un tema susceptible de ser debatido públicamente y sometido a argumentación racional, donde el consenso puede alcanzarse mediante una mejor comprensión del problema, o se trata de una cuestión puramente personal, basada en intuiciones subjetivas o en una moral particular? ¿En qué medida la objeción de conciencia se diferencia de una simple preferencia moral? (Giubilini, 2016).

Este tipo de justificación tiene una particularidad en el contexto de los derechos fundamentales. En otros ámbitos, cuando se presenta un conflicto entre derechos fundamentales, como el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la salud, se espera que la parte que defiende la prevalencia de uno de esos derechos proporcione argumentos racionales para sustentar su postura. No obstante, la invocación de la objeción de conciencia en contextos como el aborto a menudo permite que los profesionales de la salud se eximan de la necesidad de justificar racionalmente su desobediencia a una norma jurídica. Los ordenamientos jurídicos que permiten a estos profesionales invocar la objeción de conciencia suelen no exigirles una explicación detallada de las razones de su objeción (Giubilini, 2016).

Un aspecto distintivo de la objeción de conciencia es que no se originó en normas positivas, sino que ha sido desarrollada a través de la jurisprudencia. En países como España (Casado Navarro, 2013) y Argentina, la objeción de conciencia ha sido reconocida pretorianamente por los tribunales más altos. En Argentina, un fallo emblemático fue el del caso Portillo, donde la Corte Suprema de Justicia de la Nación reconoció el derecho de un soldado conscripto a negarse a portar armas por razones de

objeción de conciencia.¹

Este fallo fue crucial para establecer un precedente que permitió la formalización de la objeción de conciencia como un derecho en ciertas circunstancias, aunque sigue siendo objeto de controversias en cuanto a su alcance y sus implicaciones en otros campos, como el de la salud. Así, mientras el derecho a la objeción de conciencia es aceptado y defendido por ciertos sectores, también enfrenta críticas por su uso en situaciones donde puede chocar con derechos igualmente fundamentales, como el acceso a servicios médicos legales.

Es esencial, antes que nada, aclarar que, desde el punto de vista del derecho constitucional, la objeción de conciencia no puede considerarse un derecho fundamental en sí mismo. En la Constitución Nacional no se encuentra contemplado de manera explícita un "derecho a objetar". Sin embargo, sí se reconocen derechos fundamentales como el derecho a la salud y a la seguridad social (artículos 14, 14 bis y 42 de la Constitución Nacional). La objeción de conciencia debe ser entendida más bien como una forma de ejercicio del derecho a la libertad de culto. En este sentido, se podría admitir la objeción de conciencia de manera excepcional frente a determinadas obligaciones concretas, como señala Casado Navarro (2013).

Es importante subrayar que el derecho a la libertad de culto no es absoluto ni irrestricto. En primer término, porque el propio artículo 14 de la Constitución Nacional, que consagra, entre otros, el derecho a la libertad de culto, comienza diciendo: "Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio". Es decir, ninguno de esos derechos es absoluto sino que se encuentran sujetos a los límites que imponga el Congreso Nacional a través de las leyes que reglamenten su ejercicio. Asimismo, artículo 31 de la Constitución Nacional establece que ella es la ley suprema de la Nación, lo que implica que las personas pueden ejercer su libertad de culto en la medida en que ello no implique una violación de los deberes y garantías que la propia Constitución impone, dada su supremacía jurídica. Por ejemplo, en el contexto del derecho argentino, donde se prohíbe la bigamia o la poligamia, una persona que pertenezca a una religión que permita la poligamia no podría invocar su libertad religiosa para solicitar al Estado que se lo exima de cumplir con los requisitos legales de aptitud nupcial. Del mismo modo, aquellos que practican religiones que permitan castigos físicos o rituales que conlleven sacrificios humanos no podrían argumentar en favor de sus creencias religiosas para justificar prácticas que vulneren los derechos fundamentales de otros.

Si bien es cierto que el derecho a la libertad religiosa incluye la objeción de conciencia, su reglamentación debe ser razonable y adaptada a las circunstancias específicas. Esto cobra especial relevancia en el ámbito de la salud. En principio, no existe un derecho fundamental que, en abstracto, se considere de mayor jerarquía que otros. Sin embargo, podría hacerse una excepción cuando se trata de los derechos a la salud y a la vida, dado que estos son los pilares fundamentales sobre los que se sustentan el resto de los derechos. Sin la vida y la salud, difícilmente se puede

1. CSJN - Fallos 312:496 (1989). Portillo, Alfredo.

garantizar el ejercicio de cualquier otro derecho.

Es precisamente por esta razón que, al intentar expandir de manera imprudente y desmesurada el derecho a la objeción de conciencia, introduciendo nociones inconstitucionales como la "objeción de conciencia institucional" (las personas jurídicas no gozan de derechos personalísimos que sólo se reconocen a las personas humanas) pueden representar una amenaza considerable para los derechos de los pacientes en su relación con el sistema de salud. Esto también se extiende a otros ámbitos, como los derechos de los estudiantes en relación con las instituciones educativas, entre otros que, aunque no son el objeto principal de este análisis, también se ven afectados.

La objeción de conciencia en el ámbito de la salud pública afecta directamente el ejercicio de la libertad y el derecho a la igualdad de los pacientes. La objeción institucional no garantiza el respeto a los derechos del paciente y no prevé mecanismos efectivos para asegurar el cumplimiento de las prestaciones sanitarias establecidas por la ley. Permitir la objeción institucional, o incluso la objeción individual de manera indiscriminada, podría convertirse en un instrumento para impedir que el servicio de salud se brinde adecuadamente.

Como ha sostenido la Corte Suprema de Justicia de la Nación, "la reglamentación legislativa de las disposiciones constitucionales debe ser razonable, justificada por los hechos y las circunstancias que les dieron origen, y debe salvaguardar el interés público comprometido, coordinando el interés privado con el público y los derechos individuales con los de la sociedad" (Fallos: 312:496).

En su voto en el caso "Asociación Testigos de Jehová", la jueza Elena Highton sostuvo que "el reconocimiento de la objeción de conciencia basada en una determinada creencia religiosa en modo alguno implica dejar de lado el deber de los ciudadanos para con la sociedad temporal que integran, deber que, por ser exigencia de la justicia legal o general, es un imperativo de conciencia exigible por los órganos del Estado". Esta afirmación es clave para comprender que la objeción de conciencia no puede esgrimirse como un derecho absoluto que anule otras obligaciones fundamentales dentro del marco social y legal.

La Objeción de Conciencia en la Ley N.º 27.610

Artículo 10: Regulación del Derecho

La Ley N.º 27.610 regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y establece límites claros al ejercicio de la objeción de conciencia. Según el artículo 10:

"El personal de salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. Este derecho deberá ser manifestado por escrito, de forma individual y previa, ante la máxima autoridad del establecimiento de salud en el que se desempeñe. Los objetores de conciencia no podrán negarse a realizar la práctica cuando la vida o la salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable".

La disposición subraya dos elementos esenciales: la individualidad del derecho y las circunstancias en que queda suspendido. Esto refleja una postura de equilibrio entre el respeto

a las convicciones personales y la necesidad de garantizar derechos fundamentales.

El Decreto Reglamentario N.º 516/2021

Artículo 10: Objeción de Conciencia en Emergencias

El decreto reglamentario desarrolla los alcances y límites de la objeción de conciencia. En su artículo 10, establece:

"De conformidad con el segundo párrafo del artículo 10 de la Ley N.º 27.610, el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de emergencia, cuando la práctica deba realizarse en forma urgente pues su no realización inmediata pondría en riesgo la salud física o la vida de la persona gestante".

Esto consolida el principio de que la objeción de conciencia no puede ser utilizada para justificar la omisión de atención en situaciones críticas. La reglamentación evita así que los derechos individuales del profesional afecten los derechos colectivos, en particular los de las personas en situación de vulnerabilidad.

El Protocolo de Actuación

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) aborda la objeción de conciencia en la sección 6. Se establece que, según el artículo 10 de la Ley 27.610, el personal de salud que deba intervenir directamente en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia.

El marco para el ejercicio de la objeción de conciencia es la no obstaculización y la buena fe. El objetivo es proteger las convicciones morales del objetor, no impedir el ejercicio de los derechos de las personas gestantes.

La objeción de conciencia aplica a la práctica directa de la IVE/ILE, no a las acciones necesarias para la atención integral de la salud, sean previas o posteriores a la interrupción. Esto incluye ecografías, toma de tensión arterial, seguimiento posaborto, etc.

Quien objeta debe mantener su decisión en todos los ámbitos (público, privado, seguridad social) donde ejerza.

Debe derivar de buena fe a la persona gestante a otro profesional disponible de manera oportuna, sin dilaciones, y registrar la derivación en la historia clínica.³

Debe cumplir con el resto de sus deberes profesionales, incluyendo informar sobre el derecho a la IVE/ILE y respetar la autonomía de la persona gestante.⁴

La objeción de conciencia está prohibida en las siguientes situaciones:

- Cuando la vida o la salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata.
- Cuando no haya otro profesional disponible para realizar la práctica de forma oportuna.
- En la atención posaborto.

Procedimiento para ejercer la Objeción de Conciencia:

El profesional debe notificar su voluntad previamente a las autoridades del o los establecimientos de salud donde se

desempeño.

La objeción de conciencia es individual, no institucional.

Los efectores de salud deben garantizar la IVE/ILE en los casos dispuestos por la ley y contar con recursos humanos y materiales suficientes para ello.

Objeción de Conciencia Institucional:

La Ley 27.610 no permite la objeción de conciencia institucional. Los efectores privados o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la IVE/ILE por objeciones de conciencia individuales, deben derivar a un efector de similares características que sí realice la prestación.

Los efectores públicos no pueden negar la IVE/ILE por objeción de conciencia de su personal.

En todos los casos donde la objeción de conciencia esté prohibida, las instituciones deben asegurar la provisión del servicio de forma inexcusable.

Impactos y Desafíos Prácticos.

Desafíos en la Implementación

Uno de los mayores retos radica en garantizar que los objetores de conciencia cumplan con sus obligaciones legales, en particular la derivación efectiva. La falta de supervisión podría permitir que profesionales invoquen la objeción de manera arbitraria, afectando el acceso a servicios esenciales.

El Estado debe desempeñar un papel activo en la supervisión y el control, asegurando que las instituciones de salud cumplan con su deber de garantizar el acceso a los derechos reconocidos. Esto incluye sanciones para quienes utilicen la objeción de conciencia como un mecanismo para obstaculizar el acceso a prácticas legales.

CONCLUSIÓN

La objeción de conciencia, tal como está regulada en la Ley N.º 27.610, su decreto reglamentario y el protocolo ministerial, refleja un equilibrio necesario entre los derechos individuales y el interés colectivo. Sin embargo, su interpretación y aplicación deben ser estrictamente supervisadas para evitar abusos y garantizar el acceso igualitario a servicios de salud.

El análisis ético-jurídico presentado en este ensayo refuerza la necesidad de una regulación restrictiva y clara. El Estado tiene no solo el derecho, sino el deber, de limitar el alcance de la objeción de conciencia para proteger derechos fundamentales y mantener la cohesión social.

REFERENCIAS

- Bix, B. (2009). Obligación de obedecer el derecho. En *Diccionario de Teoría Jurídica*. México: UNAM.
- Casado Navarro, S. (2013). Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil? *Revista de Bioética y Derecho*, (28), 91-101.
- Giubilini, A. (2016). Conscience. En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Invierno 2016). Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/conscience/> (último acceso: 8 de octubre de 2024).
- Lossetti, O. (2024). Abordaje tanatológico de la muerte fetal. *Jornada ACFRA 4/7/2024*. Videoconferencia.
- Rodríguez, J. L. (2012). Normas y razones: un dilema entre la irracionalidad y la irrelevancia. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, 13(1).
- Soeteman, A. (1989). *Logic in Law*. Dordrecht, Boston, Londres: Kluwer Academic Publishers.



Boletín de Trabajos y Publicaciones Científicas de la
Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina

 www.amfra.org.ar