

Número Tres

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

2
0
2
4

Número Tres

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

CARACTERISTICAS GENERALES DE PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA, OFICINA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA – TUCUMÁN, ARGENTINA AÑO 2021 CORTEZ C; RODRÍGUEZ MATEU, M. N.; FAGALDE, P.; TARULLI, C.; MOYANO M.E.; JIMÉNEZ, G.	Pág 03
VIOLENCIAS CONTRA LA INFANCIA ARTIEDA HL - BARRIONUEVO NA	Pág 12
MIOCARDITIS A CÉLULAS GIGANTES Y MUERTE SÚBITA DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA: RESPUESTA DE LA HISTOPATOLOGÍA FRENTE A LOS HALLAZGOS NECRÓPSICOS INESPECÍFICOS. KELLER, PAULA ESTEFANÍA	Pág 18
OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DE LOS MÉDICOS: COMENTARIOS SOBRE LA LEY 17132/67, SU DECRETO REGLAMENTARIO 6216/67, COMPLEMENTACIONES LEGISLATIVAS Y MODIFICATORIAS COMO RESPUESTA A ALGUNAS CUESTIONES MÉDICO-LEGALES DR. OSCAR IGNACIO LOSSETTI	Pág 21

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA, OFICINA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA – TUCUMÁN, ARGENTINA AÑO 2021

CORTEZ C; RODRÍGUEZ MATEU, M. N.; FAGALDE, P.; TARULLI, C.; MOYANO M.E.; JIMÉNEZ, G.

Médicos de Oficina de Violencia Doméstica del Poder Judicial de Tucumán

RESUMEN

Las conductas violentas entre los seres humanos, pueden desencadenar violencia externa como lesiones o una violencia interna con deterioros psicológicos crónicos. Se analizó las características que presentan las personas afectadas (PA) por violencia doméstica (VD) en la provincia de Tucumán (T), que concurrieron a OVD en sedes Capital (C), Banda del Río Salí (BRS) y Monteros (M), desde el 1/01/2021 al 31/12/2021. Objetivos: 1. Establecer frecuencia, según sexo y edad, de las PA que sufren VD durante el año 2021. 2. Visibilizar la vulnerabilidad de las PA. 3. Determinar el tipo de lesiones padecidas en el momento de la denuncia. 4. Clasificar la región topográfica corporal de las lesiones. 5. Establecer la relación con el agresor. Material y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Grupo bajo estudio: PA que se presentaron y fueron asistidas por equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de T en las sedes C, BRS y M. Con la autorización correspondiente. Variables: 1. Sexo, 2. Edad, 3. Vulnerabilidad, 4. Cobertura de salud, 5. Afectada con más de una denuncia, 6. Relación afectada/denunciado, 7. Nivel de riesgo evaluado, 6. Lesiones Leves, Graves, Gravísimas; 7. Topografía; 8. Tipo de lesión según el elemento productor. Resultados: Análisis: N=3031. Sexo: femenino(90%) y masculino(10%). Edad: 18 y 39 años, BRS 69%, M y C, 63%. Vulnerabilidad: M 5%, BRS 3%, Embarazadas. Cobertura de Salud: cobertura pública BRS 84% M 56% y C 62%. Personas afectadas con más de una denuncia: M 22% y BRS 1%. Nivel de Riesgo: C 62% y BRS 65% riesgo alto-altísimo y M 77%, medio –moderado. Lesiones al momento de la denuncia: M 13%, 7% BRS y C 6%. Grado de Gravedad de las lesiones: M 100% leves, pero en C 7% y BRS 15% graves. Topografía corporal de la ubicación de lesiones: BRS cabeza cuello y rostro 59%, M 83% en cambio C miembros superiores con un 63%. Tipo de lesiones de acuerdo al elemento productor: elemento contuso 100% M, BRS 87% y C 81% Relación entre víctima afectada con el agresor: "ex familia elegida", que BRS 62%, M 58% y C 50%. Conclusión: el perfil de PA atendidas en OVD serían femeninas, edad entre los 18 y

39 años, con un porcentaje significativo de embarazadas, y discapacidad, con cobertura pública de salud, que debe realizar más de una denuncia, con riesgo alto y altísimo, lesiones leves en cabeza, cuello y rostro, realizada con elementos contusos por una ex pareja conviviente, ex cónyuge, o ex novio. Alta prevalencia de la violencia de género. Propuesta: El trabajo intersectorial entre el poder judicial, desarrollo social y sistema de salud serían fundamentales para empoderar a este grupo vulnerable.

INTRODUCCION

Las conductas violentas entre los seres humanos, pueden desencadenar violencia externa como lesiones o una violencia interna con deterioros psicológicos crónicos, permitiendo repetir en las generaciones siguientes el mismo daño.

La consideración conceptual que el ser humano es un ser biopsicosocial y la salud es el equilibrio biopsicosocial, fue el inicio del cuestionamiento para analizar ciertas características de las víctimas de violencia doméstica.

La violencia doméstica es una grave problemática social con implicancias médicas, legales y sociales afectando la salud, familia, trabajo y comunidad de las víctimas. La mayoría de los casos son mujeres, de diferentes edades, las víctimas de este flagelo.

La intervención médica en un suceso de violencia doméstica o violencia de género, requiere la valoración de la salud actual de la persona evaluada, su vulnerabilidad, el riesgo y las exposiciones que sufre en ese ámbito a donde vive y la respuesta del sistema de salud.

La intervención del profesional de la medicina, en los casos de violencia doméstica, permite aportar su ciencia, tanto en la faz asistencial como en la pericial.

Razón por la cual, se decidió realizar esta investigación a los fines de colaborar en el ejercicio de la profesión de los especialistas en medicina legal.

MARCO TEORICO

El ser humano es una integridad biopsicosocial que mantiene una constante: siempre cambia, se adapta y se transforma. Siguiendo en la evolución de la humanidad, la medicina también se adaptó, se transformó; y los médicos con su formación biológica-filosófica actualmente adquieren una mayor noción de la trascendencia social.

En tiempos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, los cambios sociales y culturales ocurridos fueron muy evidentes. Luego de realizarse la Declaración de los Derechos Humanos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU – 1948), se priorizó el respeto por la igualdad de derechos, el respeto a la autonomía de los pacientes, el respeto por los derechos reproductivos de las mujeres. Esa declaración reconoció que "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" y que "toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, [...] nacimiento o cualquier otra condición."

Gradualmente se modificaron los roles en la sociedad, permitiendo la visibilización de la igualdad de derechos para las mujeres. Es destacable recordar que los roles de género son construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas.

La Asamblea General de las Naciones Unidas decretó convenciones y los tratados internacionales muy importantes. El primero fue la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, Naciones Unidas, año 1979), en esta Convención habla de "Discriminación contra la mujer". Y declara también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, Brasil, OEA, 1994), en donde establece la "eliminación de la violencia contra la mujer", la sociedad civil y los gobiernos integrantes de la Asamblea, han reconocido que la violencia ejercida contra la mujer constituye una preocupación de las políticas públicas y de los derechos humanos.

El cambio de la sociedad fue tan evidente que la Organización Mundial de la Salud (OMS) intervino en la conceptualización del término género, estableciendo: "El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto." (OMS-Género y Salud-23 de agosto 2018).

Si bien hay diversas definiciones de violencia y otros conceptos relacionados, a los fines de este trabajo, se toma la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del

desarrollo o privaciones". La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados.

En la Argentina se dictaron leyes en concordancia con el compromiso asumido por el Estado ante el flagelo de la violencia. Se promulgó la Ley Nacional 26485 (promulgada 01/4/2009 o ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos que se desarrollen sus Relaciones Interpersonales) define "la violencia contra las mujeres como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal". Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera, así como política pública la erradicación de la violencia contra la mujer.

Se promulgó también la Ley de Derecho a la Identidad de Género de las personas (Ley 26743/2012), en la cual se conceptualiza a la identidad de género como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Se considera como política pública de la Nación Argentina, integrante de las Naciones Unidas, la erradicación de la violencia contra la mujer.

Y en el marco de estas decisiones de políticas públicas, en Tucumán, se creó en abril 2010 la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) en el Poder Judicial. Mediante un abordaje integral e interdisciplinario, facilita el acceso a justicia de las víctimas de violencia doméstica a partir de un informe interdisciplinario. El mismo consta de un informe psicosocial (generado por el profesional en psicología y el profesional en trabajo social), acta (generada por el profesional en derecho) y el informe médico legal (generado por el profesional especialista en medicina legal y/o psiquiatría) en el caso de presentar lesiones. La OVD valora el daño real y actual sufrido por la víctima, la potencialidad de la reincidencia y la severidad del caso. La interacción entre los indicadores y factores de riesgo que existe en la familia y en su entorno, así como las redes de contención social. La evaluación de riesgo de las afectadas se realiza a través de la cuantificación de factores específicos en tablas realizada para tal fin (se consideran, por ejemplo: tipos de violencia, tiempo de vínculo con el agresor, adicciones, presencia de armas, manifestaciones somáticas de la violencia, antecedentes de violencia de ambas partes, etc.), se realiza una sumatoria y de acuerdo a ese resultado se especifica el nivel de riesgo. También se considera factores de protección, como la posibilidad de una red de contención de la afectada (red social y comunitaria, amigos vecinos, participación en instituciones, posibilidades de ingresos económicos propios, nivel educativo) y factores desencadenadores de violencia. Se evalúa el estado de salud actual a los fines de determinar el nivel de vulnerabilidad de la

afectada lo cual es de extrema importancia la evaluación del médico con experiencia en la evaluación de víctimas de violencia pues se evalúa su estado integral físico-psico-social de la persona víctima de violencia doméstica.

Este análisis se realiza en cada persona afectada que relata su situación y es escuchada, simultáneamente por los profesionales. Es necesario recordar lo establecido que la violencia doméstica es cíclica (de acuerdo a lo analizado por Leonor Walker), progresiva (se incrementa la intensidad de los hechos) y recurrente (que se realiza con cierta frecuencia o de manera iterativa). Al referirnos al "Ciclo de la violencia", descrito por primera vez por la investigadora estadounidense Leonor Walker en 1979, nos referimos a las tres etapas: la etapa acumulación de tensión, etapa de explosión o lesiones y luna de miel o reconciliación. Al establecer las etapas y la progresividad de los hechos de violencia, generalmente es en la etapa de explosión a donde puede intervenir el médico realizando tratamiento y registrando las lesiones recientes en la superficie corporal de la víctima. Y es en la última etapa o de luna de miel en la cual la víctima se reconcilia con el agresor. Si durante este período la afectada no puede visibilizar la asimetría de poder entre víctima y victimario, estas etapas volverán a producirse, pero con mayor intensidad los hechos.

Es en la etapa de explosión en donde interviene el médico colaborando con la restitución de la salud de la afectada y con la administración de justicia, en la medida de lo posible. Así empezamos a describir una rama de la medicina basada, por supuesto, en las ciencias biológicas pero que se relaciona con la ciencia del derecho y con las ciencias del campo social. La Biología y el Derecho se interrelacionan en la Medicina Legal y se asocian también con la sociología, la justicia y lo moral. La finalidad de la Medicina Legal es aportar conceptos y elementos esclarecedores para la administración de justicia. Y continuando con el criterio del Dr. Patitó: "La Medicina Legal es una disciplina Médica. No es una rama del Derecho porque quien lo ejerce debe ser médico. Tampoco es Medicina Asistencial porque no previene ni colabora con la restitución de la salud, sino que expone, analiza, ilustra y asesora al lego sobre cuestiones médicas con lenguaje claro y comprensible.". El asesoramiento en el fuero penal y civil es de importancia. El autor reflexiona en su libro: "La Medicina participa de las transformaciones pues, siendo su objeto de estudio la persona como "ser en el mundo"; el ser humano no es solamente objeto de estudio, sino sujeto activo de los cambios. La Medicina Legal, en su papel integrador conjuga el saber médico con otros conocimientos para poder así, resolver situaciones complejas que, ni la Medicina aislada, ni las otras Ciencias, por sí mismas, podrían hacerlo. En este sentido la Medicina Legal tomó elementos, fundamentalmente, del Derecho y de otras Ciencias —naturales, humanistas y exactas— y hace comprensibles aspectos biológicos que, de otra forma, no podrían interpretarse cuando las cuestiones de orden médico se debaten en el ámbito de la justicia".

Y es justamente la conjunción del perfil médico legal y médico asistencial que se realiza el acto médico en una víctima de

violencia doméstica/violencia de género.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las características que presentan las personas afectadas por violencia doméstica en la provincia de Tucumán, que concurrieron a la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) en las sedes de Capital, Banda del Río Salí y Monteros, desde el 01 de enero del 2021 hasta 31 de diciembre de 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcanzar el objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Establecer la frecuencia, según sexo y edad, de las víctimas reportadas que sufren violencia doméstica durante el año 2021.
2. Visibilizar la vulnerabilidad de las personas afectadas que consultan.
3. Determinar el tipo de lesiones padecidas en el momento de la denuncia.
4. Clasificar la región topográfica corporal, en el caso de padecer lesión física.
5. Establecer la relación con el agresor.

PROPÓSITO

El presente trabajo tiene como finalidad dejar sentadas las bases descriptivas de las situaciones de violencia doméstica recibidas en la Oficina de Violencia Doméstica de Tucumán, realizando un diagnóstico de situación. Se pretende de esta manera, dejar las bases estadísticas para la realización y planificación de programas de prevención, abordaje terapéutico e interdisciplinario y detección temprana de las situaciones de violencia doméstica frenando su progresión, de esta manera, se puede contribuir con la sociedad en materia de su calidad de vida y salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. El grupo bajo estudio está representado por la totalidad de personas que se presentaron y fueron asistidas por los equipos técnicos de la Oficina de Violencia Doméstica del Poder Judicial de Tucumán de las sedes judiciales Capital, Banda del Río Salí y Monteros, desde el 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 (12 meses).

Se incluyen: a) las personas víctimas que padecieron cualquier tipo de violencia, cuyo agresor fue un integrante del grupo familiar (familia de hecho o de derecho), que convivan actualmente o no al momento del hecho, las cuales se presentaron en la OVD una o más veces. b) las víctimas que tuvieron una relación sentimental o afectiva (novios), aunque sin llegar a convivir. c) Se incluyen a niños/niñas adolescentes víctimas de violencia doméstica.

Se excluyen a las personas que padecieron otro tipo de violencia (laboral, vecinal, ambiental, institucional), aquellas personas que denuncian hechos de violencia con algún conocido (tercera denunciante).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó por escrito la autorización a la Coordinadora General de la Oficina de Violencia Doméstica y por su intermedio ante la Suprema Corte de la Provincia, explicando la confidencialidad y finalidad científica y académica de los mismos. El consentimiento informado está establecido en el informe médico legal que se utiliza en la Oficina de Violencia Doméstica dependiente del Poder Judicial de Tucumán.

VARIABLES EN ESTUDIO:

Cada variable fue medida en cada una de las oportunidades que la persona afectada se presentó en la OVD. Se estableció como primera vez, cuando la víctima es asistida por primera vez en el consultorio médico o registrada en el sistema informático. Se considera como ulterior, cuando ya se dispongan datos previos en el sistema informático de la OVD. No se considera si sufrió un anterior episodio de violencia registrada en otra institución gubernamental o no.

Debido a que las víctimas pueden concurrir en cada nuevo hecho de violencia, las variables serán medidas en cada una de las oportunidades que las víctimas se presenten en la OVD.

1. Sexo: Se estableció como masculino o femenino dependiendo de la documentación presentada, en la base de datos de la OVD.

2. Edad (del latín aetas, -atis): tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales, medida en años.

a) 0 a 17 años;

b) 18 a 39 años;

c) 40 a 59 años

d) 60 y más de 60 años

3. Vulnerabilidad: es una condición dinámica que resulta de la conjunción de varios determinantes bio-sociales.

a) Embarazada: período en el cual el feto se desarrolla dentro del útero de una mujer, en un plazo de aproximadamente 40 semanas.

b) Persona con Discapacidad o con enfermedad: las personas con discapacidad son aquellas que tienen una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, y personas con enfermedades infectocontagiosas (aquellas enfermedades generadas por bacterias, virus u hongos que pueden ser transmitidas por contacto directo con personas infectadas).

c) Beneficiaria de un plan social: transferencia dineraria que realiza el estado hacia un ciudadano, para satisfacer sus necesidades básicas, sin desarrollar una actividad como contrapartida.

I. Si

II. No

III. Desconoce

d) Cobertura de salud: son los servicios integrales y garantizados que necesita una persona a lo largo de su vida.

I. Pública

II. Obra social privada (prepaga/mutual):

III. Obra social sindical:

e) Afectada con más de 1 denuncia: se considera que la víctima es asistida por primera vez cuando es registrada en el sistema informático de OVD o en el consultorio médico.

I. Sí:

II. No:

4) Relación afectada/denunciado: considerando que la relación entre las partes pertenece al grupo familiar de hecho, de derecho o relación de noviazgo, se consideraron el conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de hecho de derecho. A los fines de este trabajo se realizan la siguiente clasificación de familia:

a) Familia primaria: comprenden padres/madres biológicas o padre afín, hermanos/as o medio hermano.

b) Familia elegida: Cónyuge, conviviente, novios.

c) Ex familia Elegida: excónyuge, exconviviente, exnovios.

d) Familia extendida: tíos, primos abuelos u otros parientes biológicos o afines.

5. Nivel de riesgo evaluado: es una evaluación realizada a partir del relato de la persona evaluada junto a una serie de indicadores, permitiendo obtener un registro de nivel altísimo, nivel alto, nivel medio, bajo nivel, sin riesgo y conflicto.

a) Altísimo y alto:

b) Medio y moderado:

c) Bajo y sin riesgo:

6. Lesiones (del latín: Alessio, -onis): variedad de traumatismo, constituida por una violencia causada sin ánimo de matar, que ocasiona un daño anatómico o fisiológico. Se evaluó el tipo de lesión según el grado de gravedad de las lesiones, clasificadas por el Código Penal Argentino (artículos 89, 90 y 91) en leves, graves y gravísimas respectivamente. Clasificación jurídica:

a) Leves: "... al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este código".

b) Graves: "... si la lesión produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro."

c) Gravísimas: "... si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir."

7. Topografía (del griego: topos, lugar y de grafía: escribir, describir, tratado): arte de describir y delinear detalladamente la superficie de un terreno. Se evaluó la superficie corporal en la que

estaban localizadas las lesiones, agrupándolas de la siguiente manera:

- Cabeza, cuello y Rostro: parte superior del cuerpo que se articula con el tórax, a través del cuello.
 - Tronco anterior y tronco posterior: zona corporal comprendida desde el límite inferior del cuello hasta el músculo diafragma, tanto anterior como posterior.
 - Abdomen- lumbosacro: línea imaginaria que pasa por el músculo diafragma abarcando zona anterior y posterior, hasta línea imaginaria que abarca extremo superior de sacro-ambas espinas ilíacas y borde superior del pubis.
 - Miembros superiores: zonas corporales articuladas con el tronco mediante una cintura escapular.
 - Miembros inferiores: zonas corporales articuladas con el tronco mediante una cintura pelviana.
8. Tipo de lesión según el elemento productor: romo, cortante, contuso- cortante, con elemento caliente:
- Contusa: lesión provocada por un elemento romo.
 - Cortante: lesión provocada por un elemento con filo y provoca corte.
 - Contuso-cortante: lesión provocada por un elemento romo con filo provoca corte.
 - Quemaduras: lesión provocada por un elemento con elevada temperatura.

El procesamiento y análisis de datos, se realizó a través del análisis descriptivo de las distintas variables involucradas en este estudio, se utilizó como medio de procesamiento planillas de cálculo Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se analizaron los datos obtenidos sobre los casos consultados desde 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 (12 meses), en la OVD de los centros judiciales Capital, Banda del Río Salí y Monteros. La totalidad de las afectadas que fueron asistidas en la OVD Capital fueron 2283 víctimas, en OVD Banda del Río Salí fueron 559 y OVD Monteros 189.

Personas afectadas que ingresaron a OVD en total: 3031.

Sexo: Se puede observar que, en los tres centros judiciales, hubo un predominio de asistencia a personas de sexo femenino; que en los tres grupos supera el 90%, a diferencia con la asistencia a personas de sexo masculino, que no supera el 10% en los tres centros judiciales.

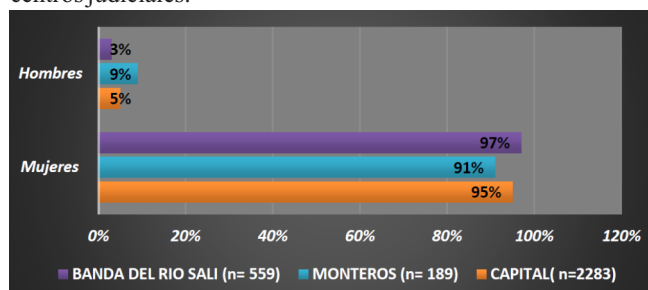


Gráfico 1: Distribución de frecuencia del sexo según sede (Capital, Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde 1/01/2021 al 31/12/2021.

Edad: en relación a la edad podemos ver que, en los tres centros judiciales, la edad que más requirió atención fue el rango de edades entre 18 y 39 años, observándose el mayor porcentaje en la sede de Banda del Río Salí con un 69% y, las sedes Monteros y Capital, ambos con un 63%.

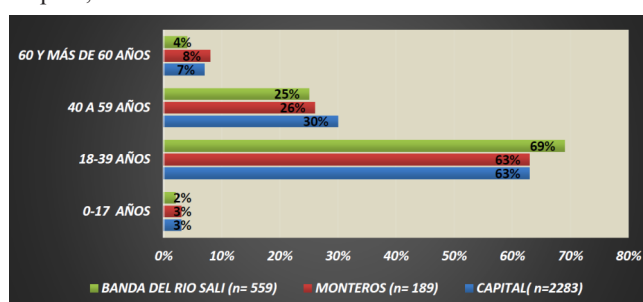


Gráfico 2: Distribución de frecuencia de la edad según sede (Capital, Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde 01 de enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Vulnerabilidad: se consideraron a las mujeres embarazadas, personas con discapacidad y personas con enfermedades infectocontagiosas.

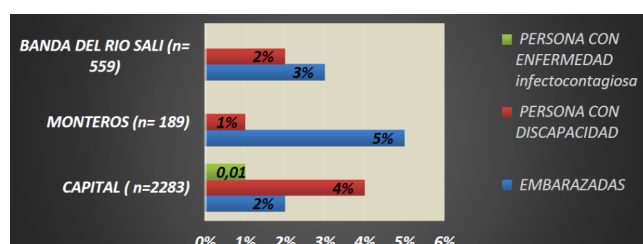


Gráfico 3: Distribución de frecuencia de la Vulnerabilidad según sede (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

Se puede observar que tanto en la sede Monteros con 5%, como en la sede Banda del Río Salí con 3%, la mayor proporción de vulnerables eran Embarazadas mientras que en la sede capital la mayor proporción de vulnerables eran personas con discapacidad, pero no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las tres sedes.

	Capital		Monteros		Banda Del Río Salí	
	(n=228)		(n=189)		(n=55)	
VULNERABILIDAD:	3)	IC 95%		IC 95%	9)	IC 95%
a) EMBARAZADAS	468(2%)	1%-3%	9 (5%)	1,4%-8%	19(3%)	1,8%-4,9%
b) PERSONA CON DISCAPACIDAD	80 (4%)	2,8%-4,4%	1 (1%)	0,1%-3%	10 (2%)	0,6%-2,9%
c) PERSONA CON ENFERMEDAD INFECT.	26 (1%)	0,7%-2%			3 (0,5%)	0,1%-0,5%

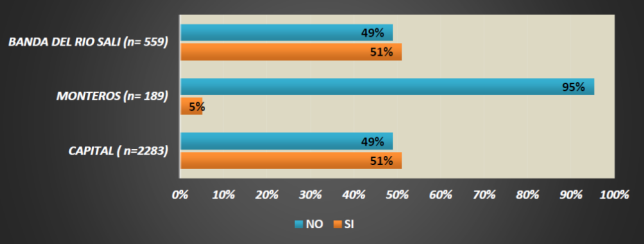


Gráfico 4: Distribución de la frecuencia de algún plan social según sede (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Se puede observar que sólo la sede Monteros presentó una gran proporción (95%) de las personas asistidas que no tuvieron algún plan social. A diferencia de las sedes de capital que la distribución es más equitativa es decir un 49% no tenía algún plan social y un 51% si tenía un plan asocial al momento de ser asistida.

Cobertura de Salud:

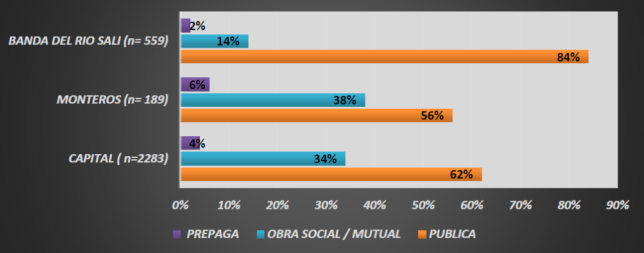


Gráfico 5: Distribución de frecuencia del tipo de cobertura de salud según sede (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Con relación a la cobertura de salud de las personas asistidas la mayor proporción en las tres sedes fue cobertura pública en la sede Banda del Río Salí un 84% Monteros 56% y capital un 62%.

Personas afectadas con más de una denuncia:

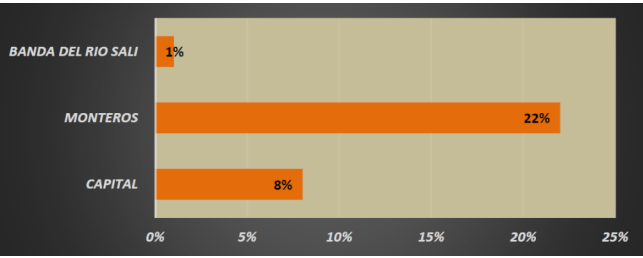


Gráfico 6: Distribución de frecuencia de más de una denuncia según sede (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, desde enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

Con respecto al número de denuncias podemos observar que en la sede Monteros en un 22% presentó más de una audiencia, a diferencia de Banda del Río Salí que sólo un 1% tuvo más de una denuncia.

	Capital	IC 95%	Monteros	IC 95%	Banda del Río Salí	IC 95%
Más de 1 denuncia	190 (8%)	7, % - 9, %	42 (22%)	16% - 28%	3 (6%)	0,1 % -5%

Se ha calculado los intervalos de confianza entre los porcentajes de las tres sedes. De allí se desprende que hay diferencias estadísticamente significativas entre las sedes Capital, Banda del Río Salí y Monteros, hecho que abre la pregunta de cuáles son los factores que influyen para que en la población de Monteros las personas afectadas tienen un porcentaje de 42% que ha tenido que realizar más de una denuncia. Podría deberse a un deficiente sistema de puesta en marcha y control de las medidas de protección que deben surgir del acceso, o quizás problemas en la articulación entre los actores y responsables de poner en marcha las medidas de protección necesarias, entre otras cuestiones que podrían analizarse en mayor profundidad en futuros estudios.

Nivel de Riesgo:

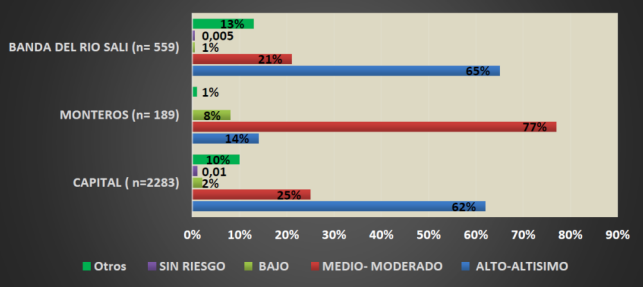


Gráfico 6: Distribución de frecuencia de la variable nivel de riesgo evaluado según las sedes (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán,) desde 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

Con respecto al nivel de riesgo evaluado podemos observar que en la sede capital con un 62% y Banda del Río Salí con un 65% presentaron riesgo alto-altísimo y en Monteros el 77% el riesgo evaluado fue medio –moderado.

NIVEL DE RIESGO EVALUADO	Capital	IC 95%	Monteros	IC 95%	Banda del Río Salí	IC 95%
a) ALTO-ALTÍSIMO	1429 (63%)	60,5%-64,6%	26 (14%)	8,5%-18,9%	365 (65%)	61,2%-69,3%
b) MEDIO-MODERADO	578 (25%)	23,5%-27,1%	146 (77%)	71,0%-83,4%	118 (21%)	17,6%-24,5%
c) BAJO	45 (2%)	1,3 %-2,5%	16 (8%)	4,2%-12,6%	2 (0,5%)	0,04%-1,2%
d) SIN RIESGO	4 (1%)	0,04%-0,4%	1 (0,5%)	0,01%-2,9%	2(0,5%)	0,04%-1,2%
e) Otros	227 (10%)	8,6%-11,1%	2 (1%)	0,1%-3,7%	72 (13%)	10 %-15,7%

En la variable riesgo también se analizaron los intervalos de confianza y se observa que hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas afectadas atendidas en la sede Monteros, que presenta una mayor proporción de riesgo medio - moderado, diferente a lo que muestran los porcentajes de las sedes Capital y Banda del Río Salí (significativamente menor). Se puede inferir, luego de analizar estos resultados, que quizás la cuantificación de un riesgo menos grave puede ser también el factor por el cual en la sede de Monteros las personas afectadas realizan más de una denuncia en un alto porcentaje en comparación con las otras sedes estudiadas. Esto podría darse como consecuencia de que ante un riesgo más bajo, las medidas de protección puestas en marcha son insuficientes, pero para poder fundamentar ésta hipótesis se deben analizar otras variables externas al funcionamiento de la oficina, ya que la puesta en marcha de las medidas de protección es el resultado del trabajo en articulación con otros actores implicados en el proceso, como ser las fuerzas de seguridad, fiscalías, juzgados de paz, etc., todos intervinientes en la tarea de asegurar el cumplimiento adecuado de las medidas de protección. En relación a el nivel de riesgo bajo las diferencias estadísticamente significativas, también se encuentran en la sede de Monteros, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre sede capital y Banda del Río Salí, por lo que también se infiere que debería tenerse en cuenta para un análisis más profundo, si existen diferencias entre los modos de cuantificar el riesgo entre las diferentes oficinas.

Lesiones al momento de la denuncia:

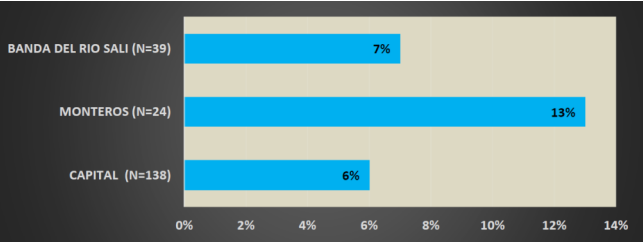


Gráfico 6: Distribución de frecuencia de la variable nivel de riesgo evaluado según las sedes (Capital Monteros y Banda del Río Salí) en las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán,) desde 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

Podemos observar que el 13% de las personas evaluadas en la sede Monteros presentaron algún tipo de lesión, un 7% en la Banda del Río Salí y un 6% en la sede Capital.

Grado de Gravedad de las lesiones:

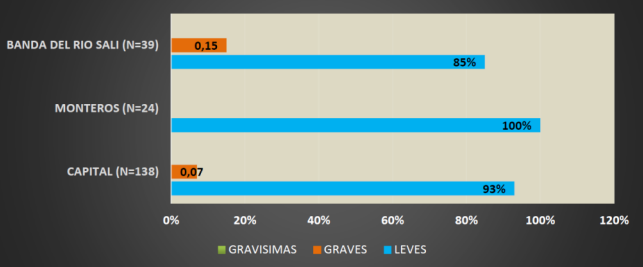


Gráfico 8 Proporción de la gravedad de las lesiones según la sede (Capital, Monteros y Banda del Río Salí) de las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, entre enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021.

En cuanto la clasificación según la definición del código penal anteriormente nombrado, al observamos que el 100% de las lesionadas evaluadas en las sedes Monteros eran leves. Sin embargo, en la sede capital el 7% y en la sede Banda del Río Salí 15% de las evaluadas presentaron lesiones graves.

Topografía corporal de la ubicación de lesiones:

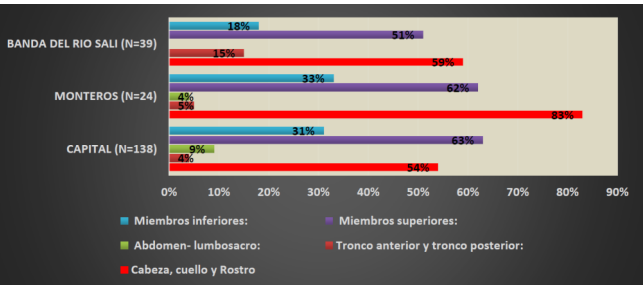


Gráfico 9: Proporción de la gravedad de las lesiones según la sede (Capital, Monteros y Banda del Río Salí) de las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, entre enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

Podemos observar que en la sede Banda del Río Salí la mayor proporción de lesiones fueron en la región de cabeza cuello y rostro con un 59% al igual que en la sede Monteros que fue del 83% en cambio en la sede capital la mayor proporción estuvo en la región de miembros superiores con un 63%.

Tipo de lesiones de acuerdo al elemento productor:

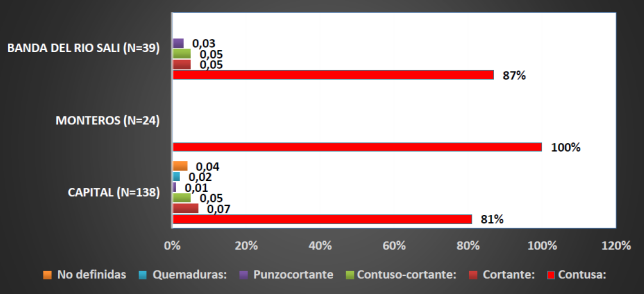


Gráfico 10 Distribución de frecuencia del elemento productor de la lesión según la sede (Capital, Monteros y Banda del Río Salí) de las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, entre enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Observamos que en las tres sedes judiciales, el elemento productor utilizado para producir la lesión, el más frecuentemente utilizado, fue un elemento contuso con un 100% para la sede Monteros un 87% para la sede Banda del Río Salí y un 81% para la sede Capital

Relación entre víctima afectada con el agresor:

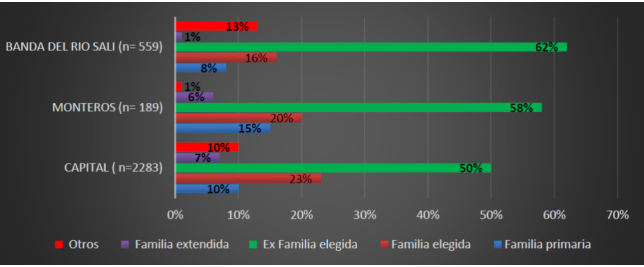


Gráfico 11 Distribución de la relación con el agresor según la sede (Capital Monteros y Banda del Río Salí) de las personas asistidas por los equipos técnicos de la OVD del Poder Judicial de Tucumán, entre enero del 2021 al 31 de diciembre de 2021

En las tres sedes judiciales se puede observar que la mayor proporción fue infringida por una persona perteneciente al grupo "ex familia elegida", que hace referencia a ex cónyuge, ex conviviente, ex novio, así en sede Banda del Río Salí un 62% en la sede Monteros fue un 58% y en Capital fue de un 50%.

CONCLUSION

Luego de analizar los datos se puede construir una caracterización del cómo es el perfil de las personas que acuden a la OVD, solicitando el acceso a justicia en las diferentes sedes judiciales de nuestra provincia. Esta estimación nos lleva a pensar en una afectada de sexo femenino, con una edad entre los 18 y 39 años, con un porcentaje significativo que presentan la condición de embarazadas, y discapacidad en menor proporción, que posee cobertura pública de salud, que debe realizar más de una denuncia en un porcentaje significativo (ejemplo: sede Monteros, con riesgo alto y altísimo, lesiones leves en cabeza, cuello y rostro, realizadas por el uso de elementos contusos y en general en manos de una ex pareja conviviente, ex cónyuge, o ex novio).

Por lo tanto, nuestro estudio nos muestra la alta prevalencia de la violencia de género en el marco de la violencia doméstica, al igual que en otros estudios de diferentes poblaciones. Y que las políticas públicas y el presupuesto que se deriva al tratamiento de esta problemática deben estar orientados a la población que cumple con estas características.

PROPUESTA:

- Fomentar el uso de herramientas para intervenir, desde el sector salud, en las familias de riesgo ante los signos de alarma de posibles casos de violencia.
- Desarrollar la movilización comunitaria para modificar las políticas institucionales y crear entornos propicios para la salud y el desarrollo de los jóvenes.
- Promover el empoderamiento de adolescentes y jóvenes y facilitar su participación significativa en las comunidades sociales y educativas donde viven.
- Facilitar la cohesión de los sectores salud, educación y justicia para el desarrollo de programas de prevención en el área violencia doméstica.

El trabajo intersectorial entre el poder judicial, desarrollo social y sistema de salud serían fundamentales para empoderar a este grupo vulnerable.

BIBLIOGRAFIA

- Bonnet, Emilio, Tratado de Medicina Legal- 1982 - Área de Edición. López Libreros Editores, Bs As. – Capítulo Lesiones. Comunicación.
- Código Penal de la Nación Argentina – Libro Segundo, De los Delitos - Título Primero, Delitos contra las personas; Capítulo II, de la Lesiones (artículo 89, artículo 90, artículo 91).
- Cortez de Prebisch, C; Rodríguez Mateu, M.N.- "Características Médico Legales de Víctimas de Violencia Doméstica, Análisis del Primer Año de Funcionamiento de La OVD – Tucumán - Argentina", Revista de la Facultad de Medicina, UNT, Argentina, ISSN 0494-1489, vol 12, N°1.
- Asamblea General de las Naciones Unidas – Igualdad de género <https://www.un.org/es/global-issues/gender-equality>
- Asamblea General de las Naciones Unidas - <http://www.saij.gob.ar/internacional-declaracion-sobre-eliminacion-violencia-contramujer-lnt0005437-1993-12-20/123456789-0abc-defg-g73-45000tcanyel?>
- Género y Salud – OMS – 23 / 8 / 2018 - <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer- 2005.
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen - Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud – 2002
- Lamberte – Sánchez – Viar (compiladores), Violencia Familiar y Abuso Sexual – Editorial Universidad – 4ª Edición – 2008.
- Ley 26485, Congreso de la Nación Argentina - <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley 26743, Congreso de la Nación Argentina - https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
- Mejía Raúl, María Aleman - Artículo Especial: Violencia Doméstica - Rol del Médico Clínico, medicina (Buenos Aires) 1999; 59: 487-490
- Patitó, José Ángel, Medicina Legal- Ediciones Centro Norte- 2000
https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/patito_jose_angel_-_medicina_legal_2_no_es_para_tesis_.pdf
- Programa Mujer, Salud Y Desarrollo – Serie Género y Salud Pública 13 – OPS/OMS – 2002
- "Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas" – 2003.
- Rodríguez Mateu, María de las Nieves, Femicidios producidos por la Violencia Familiar en la Provincia de Tucumán en 2008 hasta julio 2009 – Tesis Final para Carrera de Especialización en Medicina Legal – 2010.
- TARULLI, Cecilia Romina, Impacto de la Violencia Doméstica en la salud de las mujeres que concurren a la Oficina de Violencia Domestica del Centro Judicial Concepción, Trabajo Final de Investigación para acceder al título de Especialista en Medicina Legal 2014-2015

- Walker, Leonor, Síndrome de la mujer maltratada, 1984, <http://www.heroinas.net/2019/12/leonore-walker-psicologa-y-activista.html>

VIOLENCIAS CONTRA LA INFANCIA

ARTIEDA HL* - BARRIONUEVO NA**

Dirección Pericial –Distrito Judicial Sur

Superior Tribunal de Justicia de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

* Médico Facultad de Ciencias Médicas UBA

Residencia completa en Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Especialista en Pediatría, certificado por el Ministerio de Salud de la Nación

Médico Especialista en Medicina Legal. Facultad de Ciencias Médicas UBA

**Auxiliar Forense en técnica de autopsia y toma de muestras. Instituto de Ciencias Forenses

Especialización en Lesionología. Instituto de Ciencias Forenses

Uno de cada 4 niños y niñas sufre maltratos físicos, mientras que casi una de cada 5 niñas y uno de cada 13 niños sufre abusos sexuales. Ya en 2016, cada 9 minutos una página web exhibía niños siendo sexualmente abusados. Esta desgarradora realidad resulta elocuente en un formidable número de informes, como "Ocultos a plena Luz -Un análisis estadístico de la violencia contra los niños" de UNICEF, y muchos otros producidos por instituciones como la OMS, OPS, Savethechildren, entre otras que advierten sobre la magnitud del problema.

A pesar de su alta prevalencia, esta clase de violencia a menudo queda oculta o pasa desapercibida. En la mayoría de los casos no suele haber testigos ni indicios para determinar quién fue el agresor. A esto se suman prejuicios que dificultan el develamiento (toma de conciencia y revelación), lo cual retroalimenta la gravedad de la situación, porque sin detección los niños no reciben tratamiento, ni protección, ni justicia. Las víctimas con frecuencia callan: por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza, y suelen experimentar un trauma característico: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Esto se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor.

La relación entre el niño/a y el abusador suele ofrecer a éste oportunidades para preparar al menor durante un tiempo, para forzar su silencio, someterlo, y evitar ser detectados. El abuso puede ocurrir durante semanas, meses y años antes del descubrimiento, y solo una minoría es develado.

Por la naturaleza de estos ilícitos, resulta muy difícil acceder a estadísticas confiables ("cifra negra"), y las aproximaciones disponibles usualmente recogen datos a partir de testimonios de adultos que fueron víctimas durante la niñez o adolescencia. La información más actualizada o cercana al tiempo real disponible en nuestro país, surge de registros que compilan 2 extremos del

proceso: Llamadas a la Línea Nacional 137 y el Informe de Sentencias Condenatorias. Ambos proporcionan valiosísimos consolidados de datos, pero ofrecen poca información sobre el derrotero intermedio que siguen los procesos, considerando además que no todas las llamadas terminan en denuncias, ni todas las sentencias son condenatorias.

Habida cuenta la confidencialidad de los datos que integran causas judiciales, la enorme riqueza de información contenida en ella resulta inalcanzable. En atención a ello, este trabajo requirió la carga manual en una matriz de datos generada exclusivamente a tal fin.

El registro de datos se llevó a cabo para satisfacer simultáneamente la reproducibilidad de los resultados y la inaccesibilidad a la identidad de las personas y/o expedientes.

Estas premisas impusieron la necesidad de una tarea artesanal muy onerosa en tiempo y esfuerzo, pero que aun así representó formidables condicionantes al rigor metodológico. La primera y más obvia es que el universo de datos se restringe a los 187 dictámenes de pericias practicadas a niños, confeccionados durante los seis años comprendidos entre 2016 y 2021 inclusive, en el Distrito Sur del Poder Judicial fueguino.

La presentación del trabajo incluye gráficos que ilustran distribución por edades, sexo, tipos de pericia, lugar donde se llevaron a cabo pericias y donde ocurrieron los hechos investigados, delitos tipificados, mecanismos de producción, reparticiones donde se radicaron las denuncias, fueros que instruyeron el expediente, vínculo víctima -victimario y con quien denuncia, series temporales que incluyen los períodos de exposición de las víctimas al delito, y los transcurridos entre la denuncia y la pericia. Se recabaron datos adicionales relativos a la participación de integrantes de fuerzas armadas o de seguridad.

Se propone además matriz de datos común para el registro, destinado a facilitar su recolección y a permitir tanto la comparación entre jurisdicciones, como la evolución temporal de los mismos.

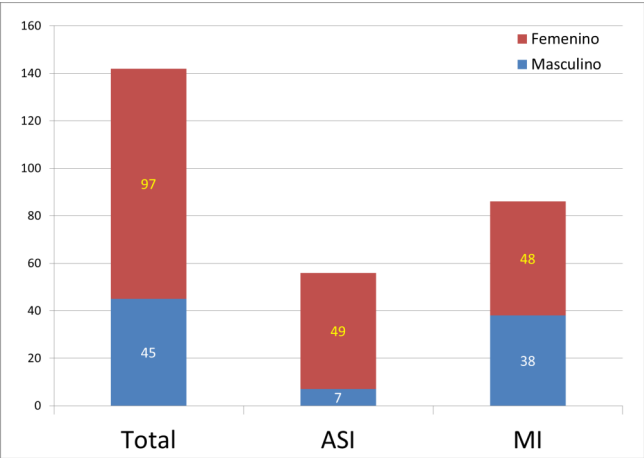
Se someten a discusión los canales de detección y tramitación de casos de violencia contra las infancias; la prevalencia de los mismos, sus modos de producción y la semiología pericial; la ausencia de mecanismos para solicitar los datos sin ser admitido como parte en el proceso judicial. Resultó ilustrativo verificar la absoluta imposibilidad de conocer los tiempos que insume la elevación a juicio o acceder a la sentencia definitiva. Probablemente el aval de instituciones como AMFRA pueda contribuir.

Adicionalmente se propone discutir la metodología para estimar la edad en pornografía infantil, y la conveniencia y dilemas éticos que plantea la sedación para algunas pericias, como por ejemplo las que requieren extracción de muestras.

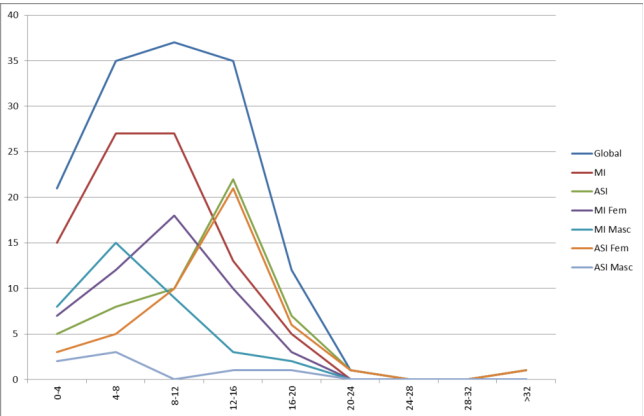
Finalmente, para dimensionar la relevancia de las discusiones planteadas, corresponde señalar que las denuncias van en aumento, pero son apenas la punta del iceberg: en nuestro país se estima que de cada 1000 casos de abusos, solo 100 se denuncian y apenas uno se condena. En Tierra del Fuego a su vez, prácticamente de cada 10 denuncias realizadas por delitos contra la integridad sexual solo una tiene un condenado, pero son 4 de cada 5 entre las que alcanzan la instancia oral.

Una JUSTICIA HUMANISTA es aquella que sanciona al victimario sin violar sus derechos y protege a la víctima sin lastimarla.

Violencias contra la infancia



Distribución por edad



Muestra global con víctimas identificables

n	142	
k	8,15	
w	3,94	
Media aritmética $\bar{X}$	9,687	
Mediana Me	9,05	
Moda Mo	5,16	
	Años	Días
Mínimo	0,21	76,65
Máximo	32,35	11807,75
Rango	32,14	11731,1

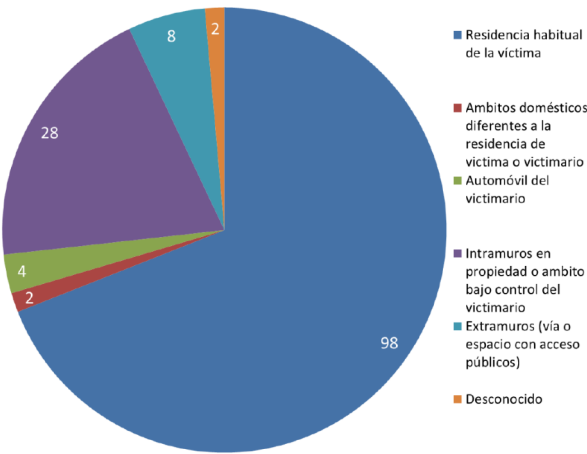
Tabla de distribución de frecuencias de edad

	Limite superior	Limite inferior	Marca de clase	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentual	Frecuencia absoluta acumulada	Frecuencia relativa acumulada	Porcentual acumulada
Rangos	LI	LS	MC	fi	hi	pi	Fi	Hi	Pi
0-4	0,21	4,15	2,18	22	0,155	15,5%	22	0,155	15,5%
4-8	4,15	8,10	6,13	35	0,246	24,6%	57	0,401	40,1%
8-12	8,10	12,04	10,07	37	0,261	26,1%	94	0,662	66,2%
12-16	12,04	15,98	14,01	34	0,239	23,9%	128	0,901	90,1%
16-20	15,98	19,93	17,96	11	0,077	7,7%	139	0,979	97,9%
20-24	19,93	23,87	21,90	2	0,014	1,4%	141	0,993	99,3%
24-28	23,87	27,82	25,84	0	0,000	0,0%	141	0,993	99,3%
28-32	27,82	31,76	29,79	0	0,000	0,0%	141	0,993	99,3%
32-36	31,76	35,70	33,73	1	0,007	0,7%	142	1,000	100,0%
				142	1,000	100%			

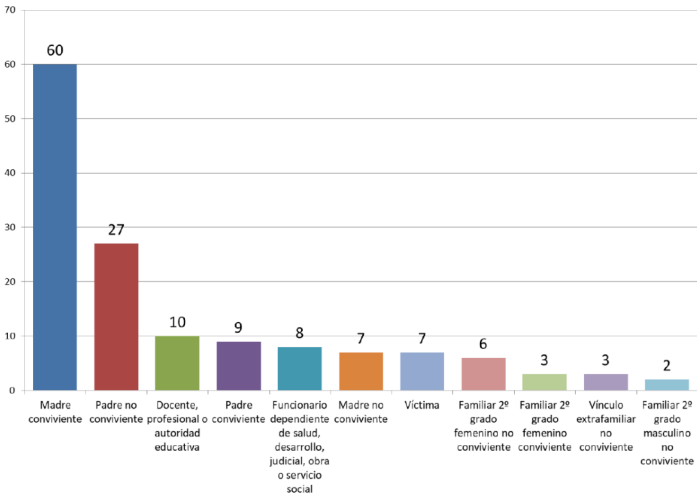
Desglose de dictámenes

Tipo de pericia		Tribunal		Pericia en base a:					
					Constancias en autos	81			
Autopsia	2	Instrucción	133		Consultorio DP	56			
Constatación de lesiones	74	Familia y Minoridad	7		Hospital	5			
Evaluación médica	31	Otras jurisdicciones	2						
Examen ginecológico	32								
Obtención de muestras	3								
			Global	MI	ASI	MI Fem	MI Masc	ASI Fem	ASI Masc
Daño a la víctima		Enero	2	2	0	1	1	0	0
Aborto	1	Febrero	5	3	2	0	3	2	0
Acceso carnal / Tocamientos	54	Marzo	21	10	11	5	5	10	1
Arma blanca	1	Abril	8	4	4	1	3	3	1
Contusiones complejas	2	Mayo	16	8	8	5	3	8	0
Contusiones simples	74	Junio	20	13	7	7	6	6	1
Negligencia / Abandono	6	Julio	7	5	2	3	2	2	0
Intoxicación/Envenenamiento	4	Agosto	16	15	1	9	6	1	0
		Septiembre	13	7	6	6	1	3	3
Objeto de la pericia		Octubre	9	5	4	4	1	2	2
Asesoramiento al tribunal	15	Noviembre	12	9	3	4	5	3	0
Averiguación de causa de muerte	1	Diciembre	13	6	7	5	1	7	0
Contra la integridad sexual	52		142	87	55	50	37	47	8
Lesiones graves	3								
Lesiones leves	71								

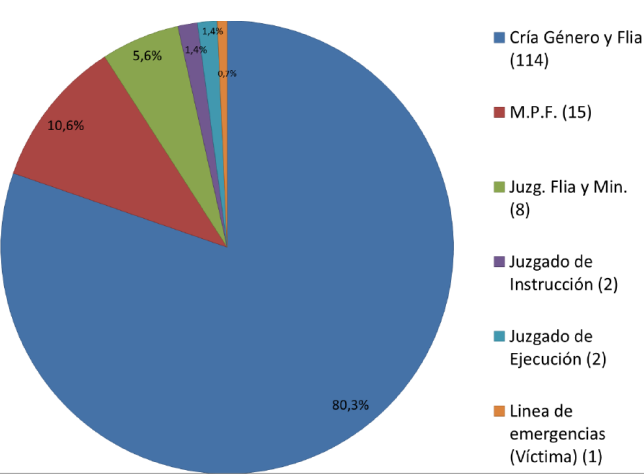
Donde ocurren las agresiones?



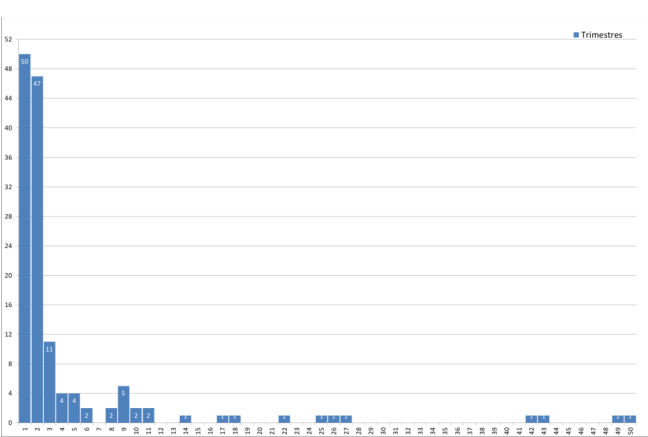
Denunciante



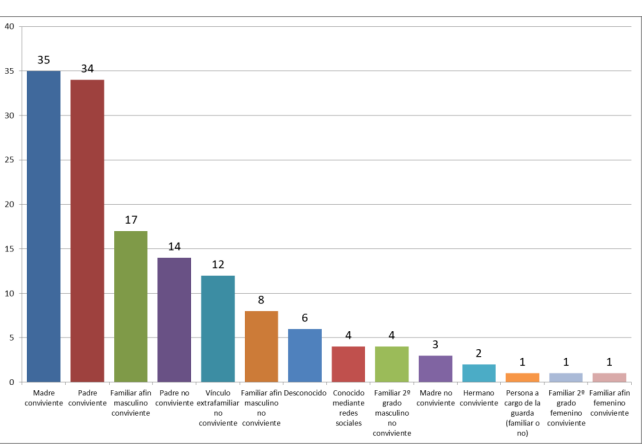
Donde se radica la denuncia?



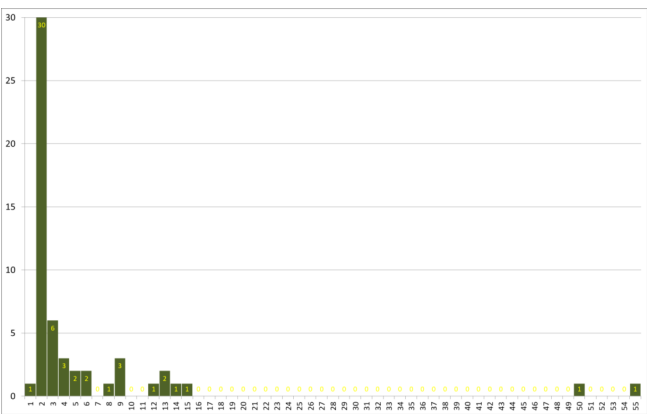
Período de exposición al momento de la denuncia



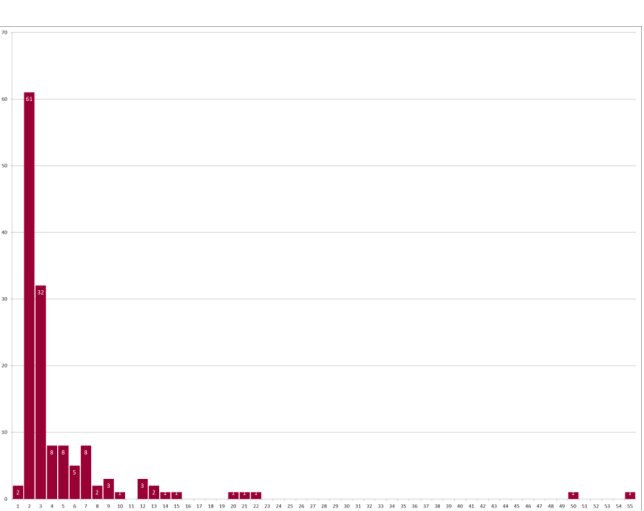
Imputado



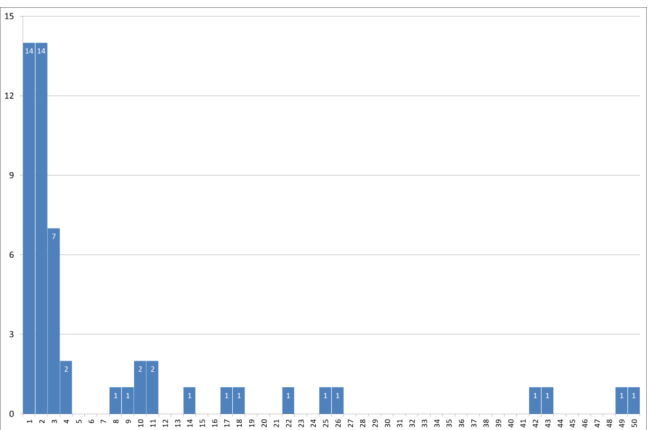
Período denuncia –pericia ASI



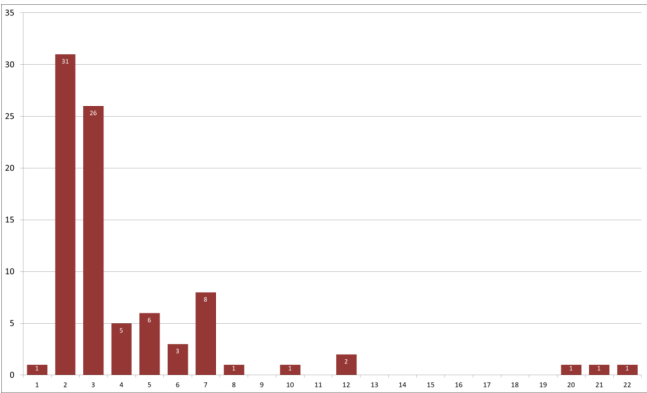
Período denuncia –pericia



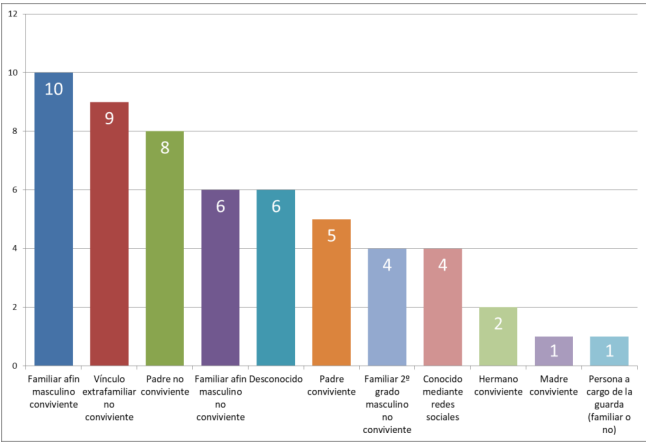
Período de exposición al momento de la denuncia ASI



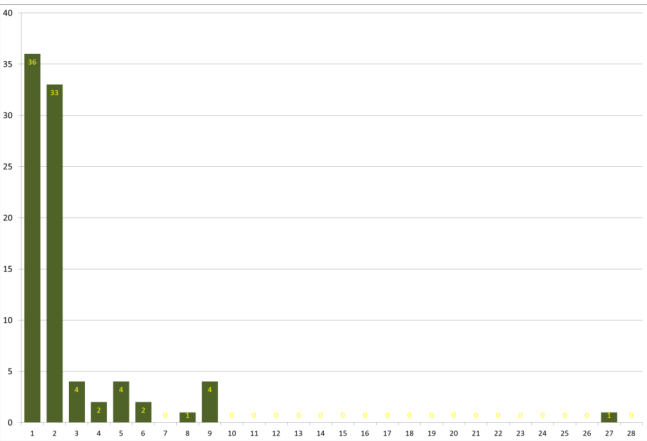
Período denuncia –pericia MI



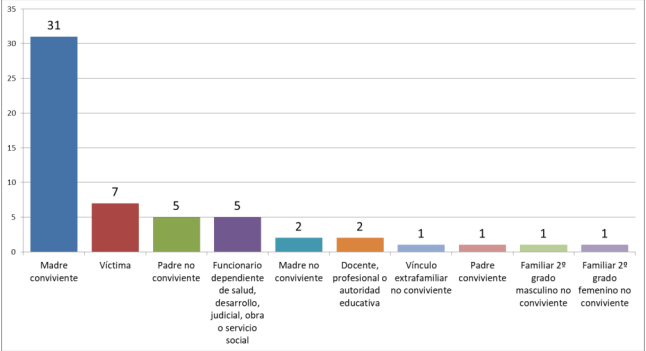
Imputado ASI (n=56)



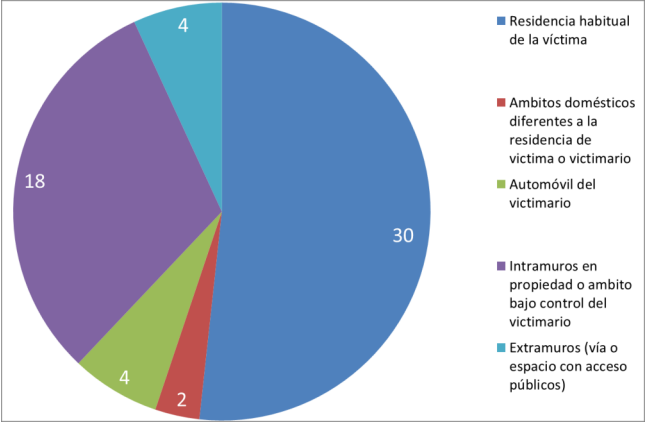
Período de exposición al momento de la denuncia MI



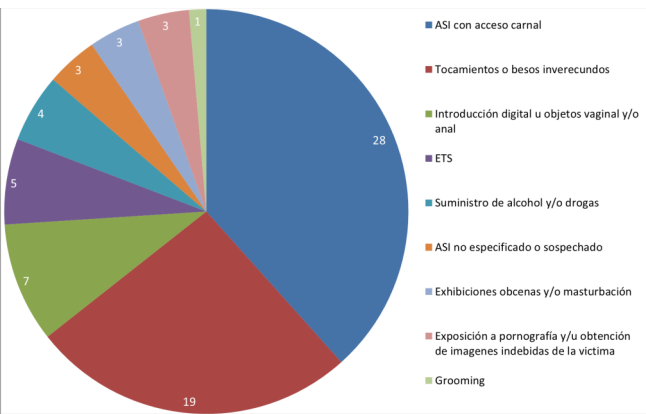
Denunciante ASI (n=56)



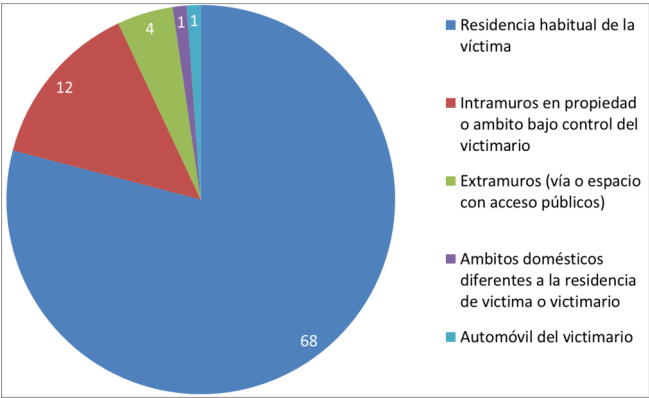
Donde ocurre el ASI? (n=58)



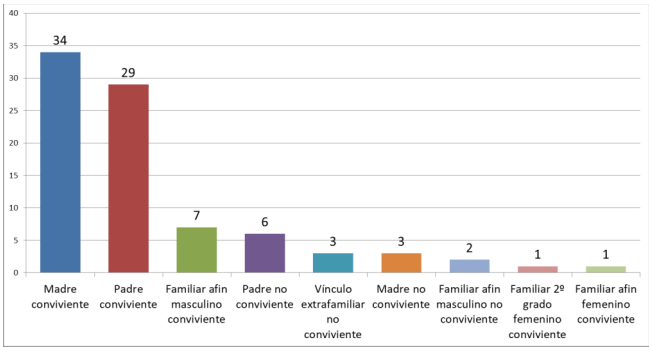
En qué consisten los ASI? (n=73)



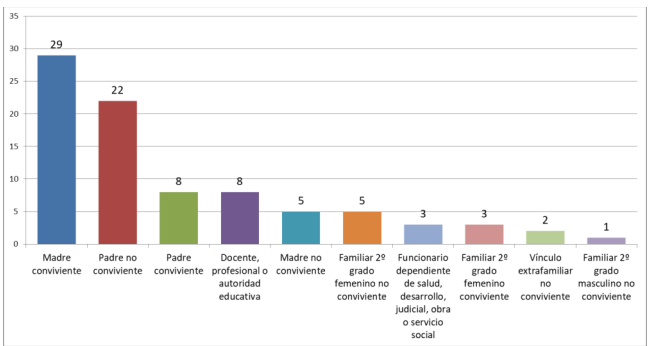
Dónde ocurre el MI? (n=86)



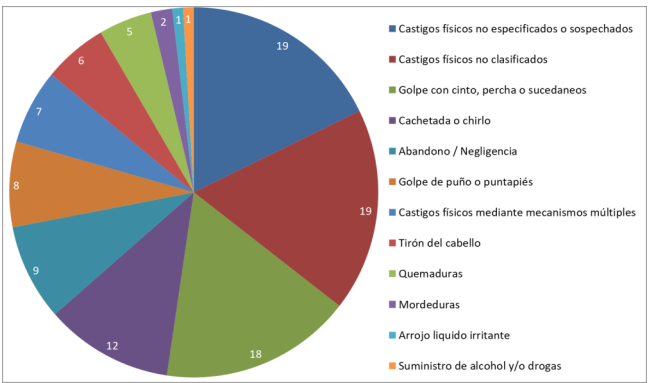
A quien se denuncia por MI? (n=86)



Quiénes denuncian el MI? (n=86)



Modo de producción del MI (n=107)



MIOCARDITIS A CÉLULAS GIGANTES Y MUERTE SÚBITA DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA: RESPUESTA DE LA HISTOPATOLOGÍA FRENTE A LOS HALLAZGOS NECRÓPSICOS INESPECÍFICOS.

KELLER, PAULA ESTEFANÍA

Médica Forense integrante del Cuerpo Médico Forense de la 2da Circunscripción Judicial de la Provincia de Santa Fe. Médica especialista en Medicina Legal y en Pediatría. Diplomada en Criminalística y Criminología. Ex asistente técnica del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe. Ex médica de Policía de la U.R.XIII de la Provincia de Santa Fe. Ex Jefa de Residentes del Servicio de Pediatría del Hospital J.B Iturraspe de Santa Fe.

INTRODUCCIÓN

Las miocardiopatías son la causa más frecuente de muerte súbita en el adulto menor de 35 años. La clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología, que las divide en miocardiopatías de causa familiar y no familiares, y a su vez en hipertrófica, dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, restrictiva y no clasificadas, incluye a las miocarditis dentro de las miocardiopatías no familiares y dilatadas, de causa infecciosa, tóxica o inmune. La miocarditis a células gigantes se presenta en individuos previamente sanos, con mal pronóstico, y se asocia muy frecuentemente a enfermedades sistémicas de origen autoinmune, lo que hace que esté incorporada dentro de las miocarditis inmunomediadas. En el estudio histológico, la caracteriza el infiltrado inflamatorio en el miocardio, compuesto por linfocitos, histiocitos, eosinófilos y células multinucleadas gigantes, con necrosis de extensión variable y sin evidencia de lesiones granulomatosas.

OBJETIVOS

Describir un caso abordado en el Instituto Médico Legal de Rosario, de muerte súbita en un adulto joven durante un partido de fútbol, del que surge el diagnóstico de miocarditis a células gigantes en base al estudio histopatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza el caso de un sujeto masculino de 34 años que fallece en forma súbita durante la práctica deportiva, en el contexto de un partido de fútbol, sin antecedentes patológicos conocidos. Se instauran en el lugar del hecho maniobras de RCP básicas por

los presentes y avanzadas por el Servicio de Emergencias, sin éxito. Se remite el cuerpo al Instituto Médico Legal de Rosario para realización de autopsia.

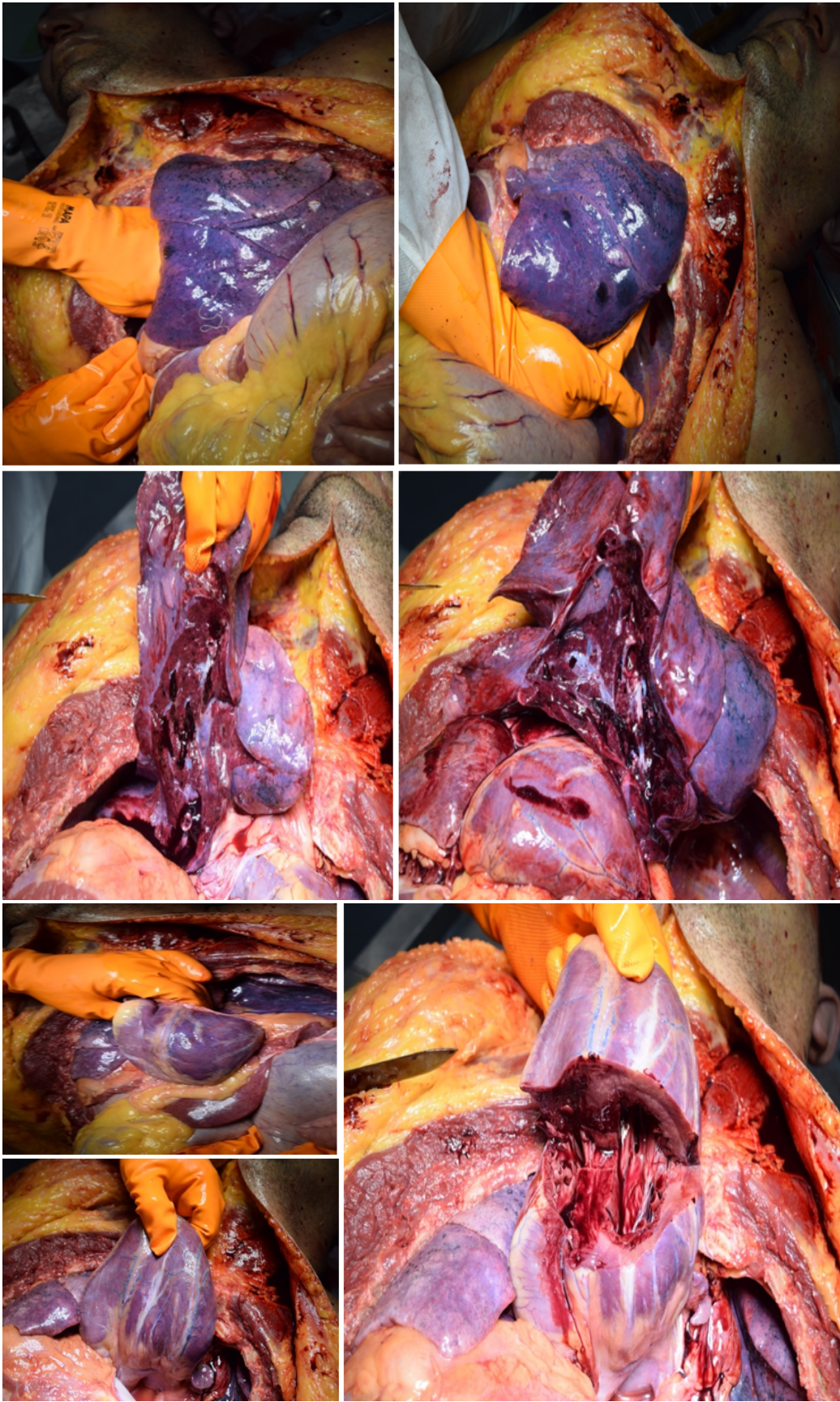
Durante la autopsia médico legal se evidencian cianosis de piel y mucosas en esclavina, secreciones espumosas blanquecinas en vía aérea, congestión y edema encefálico y pulmonar, y corazón aumentado de tamaño.

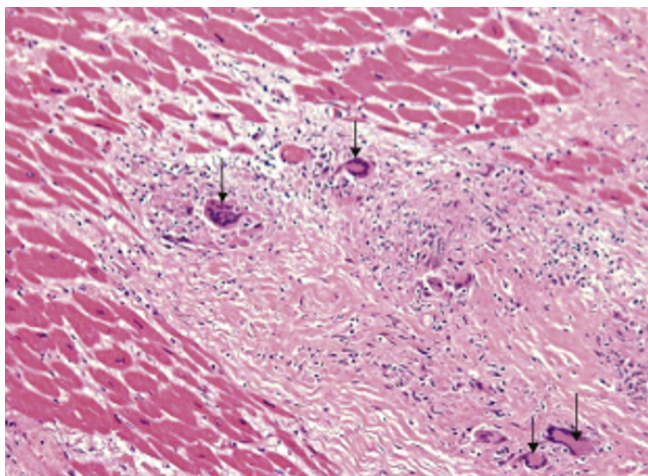
El estudio anátomo-patológico concluye sobre los siguientes diagnósticos histopatológicos: “Edema agudo de pulmón. Hipertrofia cardíaca. Peso 520 gramos post-fijación. Miocarditis a células gigantes, ACTIVA, con fibrosis.”

Estudios toxicológicos: negativos para la investigación de etanol y drogas de abuso.

Se concluye que la causa de muerte ha sido edema agudo de pulmón secundario a miocardiopatía (miocarditis a células gigantes)– Muerte natural.







CONCLUSIONES

Esta entidad poco frecuente, de difícil diagnóstico, con una evolución extremadamente rápida y grave a la insuficiencia cardíaca, con producción de arritmias cardíacas, siendo la más frecuente su asociación a taquicardia ventricular, se descubre en la autopsia en numerosas ocasiones.

Se considera imprescindible el estudio histopatológico del corazón para certificar el diagnóstico y la etiología, ante la presencia en la autopsia de signos inespecíficos de falla cardíaca, en casos de muerte súbita del adulto.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Di Maio, Vincent. Enfermedades de origen natural. Enfermedades cardiovasculares: miocarditis. Manual de patología forense. España, 2003. 37-47.
- Luna A. Miocardiopatías. Masas y tumores cardíacos. Clasificación de las miocardiopatías: European Society of Cardiology. Radiología Esencial. 1ª ed. Madrid, 2009.
- Marquina, M.I; Garrido, I; Avellanas, M.L; Escós, J; Zamora, M; Mayor, T. Miocarditis de células gigantes de evolución fulminante. Revista de Medicina Intensiva. Vol.36. España, 2012.
- Robins y Coltran. Miocardiopatías: Miocarditis. Patología estructural y funcional. 8va.ed. España, 2010. 12; 578-579.

OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DE LOS MÉDICOS: COMENTARIOS SOBRE LA LEY 17132/67, SU DECRETO REGLAMENTARIO 6216/67, COMPLEMENTACIONES LEGISLATIVAS Y MODIFICATORIAS COMO RESPUESTA A ALGUNAS CUESTIONES MÉDICO-LEGALES

DR. OSCAR IGNACIO LOSSETTI

Profesor Regular Titular de la 1ra Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica – Facultad de Ciencias Médicas - UBA Ex perito médico forense tanatólogo y ex coordinador de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional (PJN)

Resulta indudable que ante los complicados momentos en los que se desarrolla actualmente la actividad médico-asistencial, la mayoría de las miradas de los profesionales tienden a converger en un punto que condensa y resume todas sus preocupaciones cotidianas: la responsabilidad profesional y la praxis médica. Las cuestiones penales como imprudencia, impericia, negligencia e inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo, conjuntamente con las cuestiones civiles representadas por daños y perjuicios, acaparan lógicamente su mayor sensibilidad. Por otra parte, la inculpación del profesional en situaciones jurídicas de tipo doloso como abandono de persona, omisión de auxilio, estafa; si bien más infrecuentes en relación a las señaladas anteriormente, también reciben su cuota de alerta en el pensamiento del médico. Todas estas situaciones atendibles de preocupación y entendibles de reflexión, sin quererlo, van dejando de lado o quizá hasta soslayando los preceptos básicos que residen en un fundamento legal elemental: La Ley N° 17.132: Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración (y modificatorias). Esta Ley (en rigor Decreto Ley bajo el gobierno de facto del Gral. Onganía) con su Decreto Reglamentario 6216/67, a la fecha del presente texto contabiliza con más de 180 complementaciones y modificatorias (su D.R. suma 10), mantiene plena vigencia, y para las infracciones cometidas establece sanciones en su Título VIII, arts.125 a 129, mayoritariamente administrativas, pero que pueden llegar a la inhabilitación del ejercicio profesional por un lapso de 1 mes a 5 años. No obstante, ello es independiente de lo que pueda surgir conforme a las demás disposiciones legales vigentes respecto de la infracción cometida (Códigos de fondo y de forma). Por lo tanto, la conducta médica también es penalmente punible cuando se determina la inobservancia de las obligaciones (art.

19) y de las prohibiciones (art. 20) enunciadas de manera taxativa en dichos artículos del texto legal precedentemente citado.

También se ha percibido que numerosas inquietudes y dudas planteadas por los colegas en cuanto situaciones ocurridas durante su labor asistencial diaria, tienen precisamente relación con las obligaciones y prohibiciones mencionadas, y se estima que su desconocimiento es lo que no les permite su resolución acertada, ya que muchas veces el planteo reviste un carácter simple y dista mucho de ser un dilema insoluble. Ejercer la docencia en Medicina Legal en la UBA desde unos 35 años (11 como Profesor Regular Titular de la asignatura), en los últimos años me ha permitido advertir en numerosos alumnos de grado, sin consagrar esto como una sentencia apodíctica, que posiblemente una parte se origine en un cierto dejo de desmotivación e incluso desinterés por la materia, lo que a futuro conduce a ignorar peligrosamente el marco normativo de la profesión médica en general, y a minimizar la prevención médico-legal de los riesgos de la praxis médica en particular. Ese déficit formativo, se refleja en los profesionales más jóvenes y con menor experiencia, que sean los más proclives a estas vivencias, las que muchas veces terminan en conflictos con familiares o con el propio paciente, cuando no también colisión de opinables con colegas pares laborales o conflictos con jefaturas. Por ejemplo: ¿debo hacer el certificado de defunción?, ¿debo extender un certificado de asistencia en un domicilio?, ¿cómo prescribo un alcaloide?, ¿hasta cuándo respeto la voluntad del paciente?, ¿en que circunstancias estoy obligado legalmente a requerir el consentimiento escrito?, ¿qué me encuentro impedido legalmente de hacer en cuanto a planteamiento de terapéuticas? Éstos – en afán reduccionista –

son sólo algunos de los interrogantes mas frecuentes, y como se verá, los estipulados legales de por sí son claros y suficientes para resolver la inmensa mayoría de los casos. Su sólo conocimiento, por lo general, contiene la respuesta. Obviamente que también existirán situaciones de mayor complejidad o con una complicada trama, necesarias de un estudio más detenido o profundo, no obstante, los lineamientos de orientación se encontrarán presentes en el texto legal. Además, se debe recordar que en una litis no puede argumentarse la ignorancia o el desconocimiento de la legislación como justificación.

A continuación, entonces, se transcriben:

- el art. 19 de la Ley 17132/67 y sus 8 incisos, que contienen las obligaciones de los médicos
- el art. 20 y sus 25 incisos, que contienen las prohibiciones de los médicos
- conjuntamente con la complementación, cuando exista, por parte del Decreto Reglamentario 6216/67, y las modificatorias habidas
- fortalecido cada uno de ellos con un breve comentario explicativo al respecto cuando razonablemente se amerite y
- las normas legislativas que han ido surgiendo en relación al desarrollo evolutivo propio de la ciencia médica y el tejido social donde se inserta.

Se recomienda tener siempre presente que, si bien se ha actualizado, el espíritu del texto legal original data de 1967.

“Art. 19: Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a”:

El texto del artículo es claro en el hecho de establecer el carácter taxativo de “estar obligado” al cumplimiento efectivo de los estipulados en los incisos, sin perjuicio, o sea, además, de estar obligado al cumplimiento efectivo para con las demás disposiciones legales vigentes en la materia: ello incluye Constitución Nacional, Códigos de fondo y de forma, leyes, decretos, resoluciones y reglamentaciones, conforme la jerarquía de la normativa que se trate.

Inc. 1.- “prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias en casos de epidemias, desastres u otras emergencias”;

Si bien el término “colaboración” pareciera encontrarse cercano a una invitación de cortesía o a un pedido, en rigor no puede separarse de la obligación de prestar servicio, de la forma (asistencial, social, administrativa, etc.) que lo requiera la autoridad sanitaria. En tal sentido, la autoridad sanitaria se entiende como aquel conjunto de instituciones oficiales de gestión estatal en un sistema de salud, responsable de direccionar, planificar e integrar las acciones en Salud Pública para dar respuesta a las necesidades de la población en las cuestiones de su incumbencia. Está organizada en niveles jurisdiccionales, Ministerial Nacional, Provincial, Secretarial y

Municipal, cuyos personales de conducción se encargan de impartir órdenes y hacer cumplir medidas directrices. El Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad sanitaria de la República Argentina.

Los casos que enuncia en prestar colaboración genéricamente se reducen a 3: Epidemias y desastres concebidas como emergencias y otras emergencias. Por supuesto que el texto legal no es de corte sanitarista para la estricta definición emergentológica de los términos, sino que trata de ser abarcativa (tener presente que data de 1967) para incluir catástrofes, pandemias, situaciones con víctimas en masa, accidentes con víctimas múltiples, desastres ecológicos, conflictos bélicos con víctimas civiles, etc.

Nuestro país ha vivido epidemias (cólera en 1991), no ha escapado de la pandemia (Covid 19 en 2020/21), ha sufrido inundaciones, accidentes aéreos y ferroviarios, atentados terroristas (sedes Embajada de Israel 1992 y AMIA 1994) con la consiguiente conmoción interna grave, por citar los más sensibles que vulneraron el tejido social; y el Estado pone en juego todos sus mecanismos regulares a través de las autoridades sanitarias a fin de poner bajo control los hechos. La colaboración médica puede estar contemplada dentro de los propios mecanismos regulares operativos institucionales o ser requerida por medio de planes extraordinarios o de excepción. Cuando han sucedido estas situaciones en nuestro país, debe destacarse que la comunidad médica y todos los integrantes del Equipo de Salud (sin olvidar a todas las demás instituciones y fuerzas sociales) se han apersonado y ofrecido voluntaria y desinteresadamente a las autoridades sanitarias para dar respuesta a las mismas, sin necesidad alguna de recurrir a medidas coercitivas de citación (más allá de lo meramente organizativo), dando cabal ejemplo humanístico de solidaridad y altruismo como reflejos de la vocación de servicio.

Inc. 2.- “asistir a los enfermos cuando la gravedad del su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente”;

El estado de gravedad de un enfermo obliga ineludiblemente al médico a su asistencia, es una situación que impone la acción de asistir en el momento, en el aquí y ahora, sin dilaciones. El texto legal es amplio e inespecífico en cuanto al significado de gravedad; doctrinariamente se orienta hacia situaciones médicas diagnósticas categorizadas como de emergencia o de urgencia, en el domicilio o en la vía pública, en las que existe un riesgo de vida posible o probable como situación pronóstica. En caso del decisorio personal del médico de no continuar con la asistencia iniciada, debe mantenerla hasta que pueda delegar su continuidad (prosecución) en otro profesional o en un servicio de salud de gestión estatal. Por supuesto que la delegación se hace no hacia una sede edilicia sino en otro médico que puede pertenecer laboralmente a cualquier integrante del Sector Salud, público, privado, Seguridad Social, prepago, etc. Es recomendable tomar debido registro de 3 datos del profesional en

quien se delega la asistencia: nombre y apellido, matrícula y procedencia; y convenientemente saber el destino del paciente, de ser posible.

Inc. 3.- “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo en casos de inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo inconciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad al representante del incapaz”;

La obligación legal de la norma es de respetar, sin ningún tipo de discusión o debate reflexivo, la voluntad negativa paciente a su asistencia (de ser tratado), independientemente del cuadro o dolencia que lo aqueja (seriedad de su diagnóstico – la sana lógica excluye el caso banal), como también de la importancia de evolución desfavorable (gravedad de su pronóstico), o de ser internado. Por supuesto que 1967 en nuestro país aún no se hablaba del consentimiento informado como hoy lo conocemos. Se atendía simplemente la manifestación de voluntad expresamente emanada del paciente; pero enmarcada en un sistema paternalista de la relación médico-paciente, con un teñido corte proteccionista de parte del profesional. Como se entiende, se deberá complementar necesariamente con otras normativas. El consentimiento informado, con su propio marco legal (artículos 7° al 11° bis - Ley 26529/2009 y DR 1089/2012 – se recomienda su lectura) es donde se encuentra su definición, caracteres, exigencias y excepciones legales. Dicha normativa específica además se nutre de las situaciones previamente contempladas en el inciso del presente texto legal, si bien debe tenerse presente que no las enuncia ni remite taxativamente, como así tampoco existen referencias de omitirlas o excluirlas. En la misma cuestión, no debe soslayarse el texto del art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN) que encausa detalladamente el consentimiento libre e informado sobre los requisitos necesarios para obtenerlo de manera válida, señalando la información clara y completa, derecho a rechazar o aceptar tratamientos en estados críticos, la actitud de protección a personas con discapacidad y los casos de excepcionalidad en emergencias. Recordar también que el art. 26 del CCCN trata sobre la capacidad y competencia progresiva de los menores de edad y adolescentes en lo atinente a temas de salud, tratamiento y cuidado de su propio cuerpo.

Retomando el inciso, las situaciones en las cuales la obligación legal de asistencia tiene preeminencia sobre la voluntad del paciente son inconciencia (pérdida o alteración profunda de la conciencia), cuadros psiquiátricos de alienación (puede ser transitoria, como en casos de excitación psicomotriz), lesionados graves en accidentes (simples, laborales, de tránsito), tentativas de suicidio (por cualquier medio y aún cuando el medio tentativo no sea idóneo o resultare razonablemente ineficaz para el resultado pretendido), y en casos de víctimas de delitos (por lo

general lesiones graves en riña, lesiones en ocasión de robo, lesiones en ciertas formas de agresiones sexuales). En caso de tentativa suicidio de un menor, considerar la ley de Prevención del Suicidio N° 27130/2015, que en su art. 12 expresa: “En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes”. En cuanto a las operaciones mutilantes, se entiende no sólo a las amputaciones de miembros o segmentos de miembros, sino también a las cirugías que modifiquen de manera drástica y definitiva el esquema de la corporeidad natural física y funcional, por ejemplo, mastectomías, colostomías definitivas, cirugías oncológicas de cabeza y cuello, algunas neurocirugías.

Si bien el consentimiento informado escrito es hoy indiscutido y cotidiano en la práctica médica, su exigencia legal ineludible se encuentra enunciada en este texto. La imposibilidad de decisión por su estado físico o psíquico (inconciencia, alienación) como así también ante el cuadro padecido (alta probabilidad de muerte inminente con imposibilidad fisiológica de manifestar decisorio) relevan de la obligación (art. 9° ley 26529: “...cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales”).

Tampoco se considera el consentimiento ante situaciones que comprometan la salud pública, tal como enuncia el art 4° del DR 1089: “...Aquellos casos donde a criterio del profesional se encuentra en peligro la salud pública y/o la salud o la integridad física de otra/s persona/s”; o por declararse legalmente la emergencia sanitaria (pandemia Covid 19 en 2020).

En cuanto a la incapacidad, puede señalarse lo expresado en el art. 6° de la Ley 26529 en tanto contempla: “...en el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido”. Ahora bien: la ley que menciona (Trasplantes) está derogada. Por tanto, puede tomarse:

- lo expresado en el art. 4° de la Ley 26529 respecto del orden de prelación: “...su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad”.

- lo expresado en el art. 101 CCCN en cuanto a los representantes legales de las personas incapaces de ejercicio: “a) de las personas por nacer, sus padres; b) de las personas menores de edad no emancipadas, sus padres. Si faltan los padres, o ambos son incapaces, o están privados de la responsabilidad parental, o suspendidos en su ejercicio, el tutor que se les designe; c) de las personas con capacidad restringida, el o los apoyos designados cuando, conforme a la sentencia, éstos tengan representación para determinados

actos; d) de las personas incapaces en los términos del último párrafo del artículo N°32 CCCN, el curador que se les nombre”.

Como concepto basado y adaptado del art. 358 CCCN, un representante legal es una persona humana (para estos casos médicos) o jurídica a la que por disposición legal o por una regla de derecho corresponde actuar en nombre de otra persona física o jurídica.

Inc. 4.- “Derogado por art. 14 de la Ley N° 26.743, publicada en el B.O. 24/5/2012”.

Inc. 5.- “promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros”;

Debe destacarse del enunciado lo referido al objetivo de la actitud eminentemente preventiva de la internación, la cual estipula promover. Se señala la internación nosocomial de las personas básicamente por dos situaciones:

- Su estado psíquico.
- Su trastorno de conducta

Y esas situaciones, aisladas o combinadas, motivan un significado para sí y para terceros de peligro. En otras palabras, en casos de pacientes con excitación psicomotriz, alteraciones en salud mental, presunta o cierta intoxicación con sustancias de abuso o adicciones con conductas agresivas, delirio agitado, depresiones con tendencia suicida, etc., el médico general debe promover la internación de manera directa o por medio de una evaluación psiquiátrica.

Cabe obligadamente señalar que el marco legal actual referencial de estas situaciones se encuentra en la ley de Salud Mental 26657/2010 como internación involuntaria, el art. 20: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Y el art. 20 de su DR 603/2013: “Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”.

Como surge de la simple lectura del texto legal, se advierte el reemplazo acertado del término peligro por el de riesgo, al cual no sólo define, sino también califica en relación a su certeza de existencia como asimismo a su condición temporal. Agrega además la potencialidad de daño (amenaza) como su causación concreta (expresada como perjuicio).

Como corolario: para promover la internación que menciona como obligación médica el inciso que tratamos, se deberá remitir y ajustar al texto normativo para Salud Mental.

Inc. 6.- “ajustarse a las disposiciones legales vigentes en cuanto a la prescripción de alcaloides”;

En la legislación se define alcaloide como estupefaciente (art. 8, Ley 17565/67 y modificatorias), lo cual nos debe remitir a qué se define jurídicamente como tal. De acuerdo con el art. 77 del Código Penal (CP), el término “estupefacientes” comprende los estupefacientes (¡¿?!), psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del PEN (Poder Ejecutivo Nacional). Actualmente, la solución la brinda el Decreto 560/2019 en su art. 2, el que señala: “Considéranse “estupefacientes”, a los efectos establecidos en el párrafo noveno del artículo 77 del Código Penal de la Nación Argentina, a las sustancias incluidas en la lista del ANEXO I (IF-2019-22284977-APN-SECSEG#MSG) y a las sustancias que queden incluidas en los grupos químicos de la lista del ANEXO II (IF-2019-22285145-APN-SECSEG#MSG), siendo ambos ANEXOS parte del presente decreto”.

Deben respetarse las normativas en cuanto a la prescripción en los recetarios “ad hoc”, y el marco legal lo encontramos en la ley 17818/68 y modificatorias, en su capítulo VI – despacho al público:

Art. 16: “...sólo podrán ser prescriptas por profesionales médicos matriculados ante autoridad competente, mediante recetas extendidas en formularios oficializados, conforme al modelo aprobado por la autoridad sanitaria nacional”. “La receta deberá ser manuscrita por el médico en forma legible y señalando la denominación o la fórmula y su prescripción, con las cantidades expresadas en letras, debiendo constar nombre, apellido y domicilio del enfermo”.

Art. 17: “Los estupefacientes enumerados en la lista III, podrán despacharse en las farmacias por receta médica manuscrita, fechada y firmada por el médico”.

Art. 18: “En ningún caso podrán expendirse recetas cuya cantidad de estupefacientes exceda la necesaria para administrar, según la dosis diaria instituida, hasta diez (10) días de tratamiento”.

Art. 21 bis: “En caso de que las recetas mencionadas en la presente ley sean redactadas electrónicamente, o en caso de que los registros obligatorios sean llevados electrónicamente, la firma y demás requisitos técnicos y legales deben adecuarse a la legislación vigente y a lo que establezca la autoridad de aplicación (incorporado por art. 10 de la Ley N° 27.553 B.O. 11/8/2020.)”.

Se recomienda la consulta del texto legal citado precedentemente como así también los respectivos anexos con listados de sustancias y formularios para su prescripción.

Inc. 7.- (Texto sustituido por art. 310 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023) “prescribir o certificar en recetas cargadas en formularios electrónicos o digitales, en las que debe constar la siguiente información en idioma nacional: nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio, número telefónico y correo electrónico cuando corresponda.

Solo podrán anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la autoridad competente y en las condiciones que se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deberán ser formuladas en idioma nacional, fechadas y firmadas. La prescripción podrá consignar únicamente con el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional”.

El texto legal es sumamente claro “per se”. Se destaca la obligatoriedad de a) prescribir en recetas personales membretados como se dispone, o en recetas institucionales con datos y logo del nosocomio estatal o privado que permita su identificación fehaciente, con los datos que exige el inciso; y b) extender certificados sin avanzar mas allá de lo que el profesional considere que razonablemente se corresponde con el secreto médico. El carácter electrónico/digital también es obligatorio. Actualmente se considera en materia legislativa el Decreto 345/2024, que comenzará a regir a partir del 1° de julio, que en tal sentido estipula que para la efectiva implementación de la receta electrónica y/o digital se deberán identificar las plataformas y/o sistemas que cuentan con la capacidad técnica de prescribir recetas electrónicas y/o digitales, órdenes de estudios, prácticas y cualquier otra indicación que los profesionales de la salud consideren pertinentes para sus pacientes. Dicho decreto introduce modificatorias a las leyes 27553/2020 y a su DR 98/2023, que, en rigor, elimina el soporte papel y el manuscrito como forma de prescripción. Tener presente que el Decreto 345/2024 seguramente sufrirá adecuaciones por medio de cambios legislativos que irán apareciendo conforme surja la necesidad operativa.

El DR 6216/67 estipula que “las recetas electrónicas o digitales deberán contener, como mínimo, los campos que se indican en el modelo obrante en el IF-2024-05619409-APN-MS, que forma parte de la presente”. (conforme modificatoria dada por el art. 2° del Decreto N° 63/2024). Como se advierte, lejos de agotarse, la cuestión exige razonablemente que se recomiende la lectura de los instrumentos legales señalados, y tener presente la alerta de la sustanciación a futuro de nuevas normativas al respecto, para su debida consulta a futuro cercano.

En tanto los cargos técnicos o títulos, se encuentra complementado también por el art. 2° del Decreto N° 63/2024, en donde consta que “...el profesional médico deberá declararlos a la Secretaría de Estado de Salud Pública exhibiendo la documentación pertinente y su anuncio debe ajustarse a lo dispuesto en el Artículo 10 y su reglamentación”.

Finalmente, en cuanto a la designación por nombre genérico, debe tenerse presente la normativa en cuestión, fundamentalmente la ley 25649/2002 y modificatorias, destacando el art. 2: “Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando exclusivamente el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración”; y el inc. c) del art. 4: “Nombre genérico: denominación de un principio activo, monodroga, o de una asociación de principios activos a

dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo o combinación de los mismos recomendada por la Organización Mundial de la Salud...”. Se permite sugerir el nombre de una marca comercial de laboratorio farmacéutico de especialidades medicinales.

Inc. 8.- “extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de su última enfermedad...y los demás datos que con fines estadísticos les fueren requeridos por las autoridades sanitarias”;

El certificado de defunción es una obligación respecto de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, es decir, que son casos médicamente conocidos por el certificante. Por los datos exigidos, nótese el doble carácter del certificado: a) como instrumento legal; y b) como indicador estadístico epidemiológico.

Para la jurisdicción CABA debemos remitirnos a la ley CABA 4977/2014. De carácter nacional es la Ley 26.413/2008, Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, la cual en su capítulo XII trata de las exigencias legales comunes a todos los certificados de defunción independientemente de la las normativas jurisdiccionales y modelos proforma que implementen. Se citan de interés entonces:

Art. 64: “El certificado médico de defunción deberá ser extendido de puño y letra, firmado y sellado por el profesional interviniente, con indicación del establecimiento público o privado donde ocurrió el fallecimiento si correspondiere.

En lo posible deberá contener:

- a) El nombre y apellido del fallecido;
- b) Lugar y fecha de nacimiento;
- c) Sexo;
- d) Nacionalidad;
- e) Domicilio real;
- f) Tipo y número de documento nacional de identidad del fallecido.

Deberá indicarse si estas circunstancias constan por conocimiento propio o de terceros. Asimismo, el profesional certificará la causa inmediata, mediata y originaria de la defunción, o su imposibilidad por desconocimiento, lugar, día, hora, mes y año en que acaeció la defunción, consignando nombre, apellido y número de matrícula del profesional que lo suscribe y lugar, fecha y hora de expedición del certificado...”

Art. 65: “El certificado médico debe reunir en su estructura e impresión los requisitos de seguridad que garanticen su inviolabilidad, debiendo ser provisto por los gobiernos locales. La dirección general deberá crear y mantener actualizado un registro de firmas de médicos matriculados o agentes sanitarios habilitados a extender certificados de fallecimiento”.

Art. 66: “Si se ignorase la identidad del fallecido y la autoridad judicial competente la comprobare posteriormente, lo

comunicará a la dirección general para que efectúe una inscripción complementaria, poniéndose notas de referencia en una y otra”.

Art. 71: “Si del certificado médico o de otras circunstancias surgieran sospechas de que la defunción se hubiera producido como consecuencia de un hecho ilícito, el oficial público deberá dar aviso a la autoridad judicial o policial y no expedirá la licencia respectiva, hasta que la autoridad judicial competente lo disponga”.

Inc. 9.- “fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparte a su personal auxiliar, y asimismo, de que estos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas”;

Más allá de las obligaciones y responsabilidades propias del personal auxiliar que les caben por ley (por ejemplo, la Ley 24.004/1991 de Enfermería), la exigencia de contralor por parte del profesional médico no debe ni puede descuidarse atento a que conforma una obligación sustanciada en el cuerpo legal motivo de análisis. El control es de corte verificador sobre el efectivo cumplimiento de las órdenes, instrucciones, directivas u otras medidas impartidas a quienes, como personal del equipo de salud, dependen del médico organizativa y jerárquicamente en la estructura del establecimiento sanitario. Nótese que se corresponde con una acción inherente a la responsabilidad profesional médica, y su inobservancia es civil y penalmente responsable, más allá de las sanciones administrativas como le incumbe a la presente ley.

En opinión personal, la terminología de “personal auxiliar” debería ser reemplazada del texto legal en los tiempos actuales (deviene anacrónica en pleno siglo XXI), transmite una idea que no representa la real dimensión profesional de los integrantes del Equipo de Salud (por ejemplo, kinesiólogos), ya que las denominadas actividades de colaboración que en el espíritu de la ley 17132 hace casi 60 años “funcionaban” como auxiliares del médico, es evidente que hoy representan profesionales y técnicos que no lo son ni deben considerarse de esa manera.

“Art. 20: queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina”:

El texto del artículo es claro en el hecho de establecer el carácter taxativo de “quedar prohibido” el actuar o ejecutar los estipulados en los incisos, sin perjuicio, de que omitir la prohibición incurra directamente en ilícitos o delitos reprochados o penalizados por las demás disposiciones legales vigentes en la materia como los Códigos de fondo, sin perjuicio de las faltas administrativas que correspondan al infringir este texto legal.

Inc. 1.- “anunciar o prometer la curación fijando plazos”;

Inc. 2.- “anunciar o prometer la conservación de la salud”;

Inc. 3.- “prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos”;

Los considerandos de estos tres incisos se relacionan con el ejercicio ilegal de la medicina, en consonancia con lo establecido en el art. 208, inciso 2° del Código Penal (CP) consuetudinariamente considerado como “charlatanismo”: “El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles”. Estos incisos agregan otros elementos que no se encuentran en el texto del código sustantivo como se advierte al emplear el término misteriosos, o citar conservar la salud, lo que, en su caso, si no tiene patología el consultante y el médico le da algo para conservar la salud y ello no lo afecta, no se entiende donde situar el ilícito si no causa daño objetivo.

En tal sentido, resulta ilustrativo citar el texto siguiente (Oscar Lossetti – Roberto Foyo – Gustavo Rofrano, artículo publicado en Boletín Virtual de Trabajos Científicos AMFRA - 2023) respecto del delito tipificado en el art. 208°, inciso 2° del Código Penal (CP) conocido con el nombre consuetudinario de charlatanismo, de charlatán/charlatanería. Charlatán proviene del italiano (ciarlatano), como persona que habla mucho y sin sustancia, hablador indiscreto, embaucador. Estas características de persona reflejan valores negativos para la sociedad, opuestos a la ética y a las buenas costumbres. Resulta evidente entonces, el rechazo hacia un médico poseedor de dichos atributos.

La ley sanciona un abuso profesional (o de la función del médico) de quien anuncia proclamando, es decir, dando publicidad o comunicando enfáticamente a las personas, o promete fomentando una esperanza falaz, el hecho de la curación de enfermedades fijando determinados plazos.

En este supuesto, el pensamiento doctrinario mayoritariamente considera que anunciar es el acto de publicitar o comunicar a algunas, varias o a muchas personas, medios para tratamiento de patologías o enfermedades, el objeto del anuncio no se trata de la mera propaganda de un agente terapéutico o método de procedimiento, sino que está motivado a cooptar a los eventuales necesitados a fin de lograr su vinculación con el oferente del anuncio.

En cuanto a prometer (etimológicamente se asegura con certeza lo que se dice), en el sentido médico-legal y jurídico se corresponde con presentar el resultado dicho con gran probabilidad de éxito o directamente como seguro e indubitable. Si bien el pensamiento doctrinario mayoritariamente entiende que quien promete debe hacerlo públicamente, con eventual trascendencia pública; en este punto a diferencia del anuncio, nada obsta que la promesa fuese hecha en ámbito privado, siempre y cuando ella resulte idónea para desviar a la persona de acceder a un tratamiento apropiado, lesionando así la salud pública.

Otro objeto de la conducta debe el planteo de la curación de enfermedades de las personas a término fijo. Se refiere al supuesto por la cual se asegura erradicar, resolver, o eliminar una condición patológica o enfermedad asignando temporalmente una oportunidad concreta y determinada, cuestión que en el estado actual de conocimientos de la ciencia médica resulta de

imposible predicción, y de inexactitud pronóstica para dicha situación. Nótese que el texto no impone pena para los casos en los que el médico indique cuál es el tiempo habitual o probable de curación, sino para aquellos supuestos en los que se dictamine el momento determinado y perentorio en que tendrá lugar.

También otorga pena si los medios alegados en la curación anunciada o prometida son infalibles por lo que se esgrime una seguridad absoluta, definitiva, imposible de fallar en el proceso curativo, por supuesto falsa o inadmisiblemente de rigor de certeza.

La infalibilidad se considera doctrinariamente cuando el tratamiento anunciado o prometido se presenta como absolutamente seguro en orden a la curación. No se informa sobre una alta eficacia estadística del medio, sino sobre su esencia perfecta.

Por otra parte, también castiga que esos medios sean secretos perteneciendo sólo al conocimiento reservado de su creador o autor, los que, sin desmedro de la eventual posibilidad de ser ciertos, se hallan prohibidos por ley.

La doctrina jurídica entiende por medios secretos a aquellos que ocultan o tienden a reservar aspectos sustanciales teórico-prácticos, quitando al paciente del necesario y adecuado conocimiento del tratamiento que se le ofrece. Lo priva de la información suficiente para poder decidir libremente si accede o no. No sólo vulnera su derecho de autodeterminación sino que además incumple con el deber legal del consentimiento informado (Ley N° 26.529/09 y modificatorias)

Como se desprende del texto, el sujeto activo es médico habilitado, con autorización válida y requisitos legales en orden para el ejercicio profesional.

Las conductas que se reprimen son delitos nominados de peligro abstracto, es decir, que se consuman sólo con el anuncio o la promesa efectiva, sin importar la eficacia real o presunta del tratamiento, o de su ineficacia absoluta. Asimismo, los medios invocados deben ser proclamados como de características infalibles o bien, con medios o constituyentes no revelados, secretos. Los tiempos anunciados o a utilizar en la promesa terapéutica son a término fijo.

En síntesis: el delito de charlatanismo, un médico lo consume con la sola actividad del anuncio o promesa, y como no requiere habitualidad (C.P. Art. 208, inc. 1 – curanderismo), resulta suficiente un acto únicamente.

El abuso funcional de la profesión con estos actos que implican un obvio despliegue mediático que los sustenta en la promoción, impide que los pacientes así cautivados, asistan a profesionales que utilicen tratamientos científicamente reconocidos, medicamentos satisfactoriamente probados o terapias de compruebe técnico aceptadas por la comunidad profesional.

El pensamiento doctrinario jurídico tiene varias posturas.

a) Soler entiende que el delito se configura cuando existe “malicia en el autor”, ya que es consciente que lo que anuncia o promete “no tiene soporte científico real”.

b) Núñez adopta una posición opuesta cuando sostiene que “para la ley ya constituye un charlatanismo punible el sólo hecho objetivo del proceder contrario a la ética profesional.” También

considera (y algo sorprende) que ya que “... las conductas reprimidas demandan publicidad, pues el anuncio o la promesa particularmente hechos, no implican un peligro para la salud pública”. Lo que quiere significar que el anuncio o promesa hecho en soledad a un paciente en particular, al no mediar publicidad a una pluralidad de personas, no afecta la salud pública.

c) Garay afirma que, al tratarse de personas legalmente habilitadas para el ejercicio profesional, el aspecto subjetivo cobra especial significación, ya que “... el médico que conforme con su ciencia y conciencia es sincero en el tratamiento, no parece que pueda ser incluido en la norma penal...”.

d) Fontán Balestra coincide con Soler al manifestar que “sólo son alcanzados los actos maliciosos, que han de ser inspirados en la mayoría de los casos por la avaricia de lucro que se persigue concretar logrando mayor clientela...”.

Como resumen conceptual: el médico legalmente habilitado para el ejercicio de su profesión puede incurrir en una forma ilegal de su praxis profesional (charlatanismo) al anunciar o prometer la curación:

- fijando plazos
- por medios infalibles
- por medios secretos.

Inc. 4.- “anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país”;

Este inciso es el que colisiona con escuelas médicas tales como la Homeopatía, cuya enseñanza, según algunas interpretaciones de doctrina jurídica y referencias jurisprudenciales, no se imparte en facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país.

Inc. 5.- “anunciar agentes terapéuticos de efecto infalible”;

Inc. 6.- “anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva”;

Inc. 7.- “aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país”;

Inc. 8.- “practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública”;

En estos cuatro incisos nuevamente se insiste y se explicitan considerandos que se relacionan con el ejercicio ilegal de la medicina, en consonancia con lo establecido en el art. 208, inciso 2° del Código Penal (CP) ya tratado “in extenso” recientemente. En primer término, el inciso 5 lo remite de manera taxativa al ser medios infalibles. Nótese que el inciso 6° no se refiere al uso de placebo o a la medicación lícitamente empleada para buscar un efecto placebo, sino que hace conceptualización sobre el empleo de sustancias inocuas a las cuales dolosa y engañosamente se les atribuye acción efectiva y que se sabe que no poseen, utilizándoselas en el tratamiento de patologías. Desde lo jurídico,

algunos pensamientos doctrinarios lo emparentan con el delito de estafa (art. 172 CP). En cuanto al inc. 7, no ofrece dificultades en aceptar que no se refiere a medicamentos sino a técnicas, procedimientos prácticos, ya sea para el diagnóstico, o mas común, para el tratamiento de las enfermedades de las personas. Pueden ser bastante temerarios como emplear prácticas quirúrgicas. El aval de la utilización no reprochable de un determinado procedimiento, lo brinda sencillamente el hecho de su aprobación por la comunidad científica de centros de estudio y académicos de probado reconocimiento nacional, sin excluir el internacional.

Inc. 9.- “anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública”;

Inc. 10.- “anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Estado de Salud Pública”;

Los considerandos de estos dos incisos se relacionan con:

En cuanto al 9º: el art. 1 de la Ley N° 23.873/90 modificó el art. 21 de la Ley 17132, cuyo texto trata sobre los especialistas y las especialidades médicas. Al respecto de las segundas expresamente señala que “la autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas”. Esto significa taxativamente cuáles son las especialidades que están legalmente reconocidas como tal, y que, por lo tanto, el médico puede utilizar y anunciar sin impedimentos por cualquier medio de difusión aceptado.

En cuanto al 10º: el mismo cambio legislativo expresa que “...el Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente”. Es decir que todo especialista debe estar registrado como tal, lo que brinda seguridad de su efectivo alcance de posgrado. Por otra parte, si el médico en concreto no es especialista, pero se anuncia como tal (sin serlo, no sin su debido registro), incurre en el delito doloso contra la Administración Pública, tipificado en el art. 247 del CP (texto modificado en 1995 – Ley 24527), que trata sobre Usurpación de Autoridad, Títulos y Honores:

En el segundo párrafo de dicho artículo consta: “el que públicamente llevare insignias o distintivos de un cargo que no ejerciere o se arrogare grados académicos, títulos profesionales u honores que no le correspondieren”. Aquí sin duda alguna, la ley sanciona a quien se arroga grados académicos (se atribuye falsamente algo que no posee) o títulos profesionales que no le correspondieren (se asimila al especialista posgrado).

Pero, por otra parte, infringe además el primer párrafo, cometiendo otra forma de ejercicio ilegal de la medicina, atento a que no tiene título que requiere habilitación especial para ejercer. Léase el texto legal: “...el que ejerciere actos propios de una profesión para la que se requiere una habilitación especial, sin poseer el título o la autorización correspondiente”.

Inc. 11.- “expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente

terapéutico de diagnóstico o profiláctico o dietético”;

Inc. 12.- “publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño”;

Inc. 13.- “realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en medicina”;

Inc. 14.- “publicar cartas de agradecimiento de pacientes”;

Adviértase que estos incisos relatan conductas reprochables éticamente. No hay tipificación de delito penal. En tal sentido, podría asumirse forzosamente que los 2 primeros representarían algún tipo de falsedad o defraudación, pero no pueden constituir jurídicamente ningún delito penal, aún lo desagradable y condenable de la actitud del engaño, por no estar tipificados como tales en el código sustantivo en cuanto Delitos contra la fe pública, particularizando sobre falsificación de documentos en general. Si bien ha habido judicialización de estas situaciones, la jurisprudencia ha desestimado que, tanto por su forma o por su contenido, puedan llegar a ser incluidos en los arts. 292 a 296 y 298 del CP (falsedades material, ideológica e impropia; certificado médico falso, uso del falso documento, y agravante por ser funcionario público).

Inc. 15.- “vender cualquier clase de medicamentos”

No amerita comentario aclaratorio el texto de esta prohibición. No hay sanciones penales si los medicamentos o productos farmacéuticos que vende un médico son de curso legal. La conducta admite reproche ético; se logra una sanción administrativa si el médico lo hace en un establecimiento de salud público o privado. Por supuesto que se trata de productos aprobados por la ANMAT.

Es muy distinto la venta ilegal de medicamentos, es decir comercializados ilegalmente en comercios como maxi-kioscos o por sujetos que emplean plataformas de mercado electrónicas, dado que ello se tipifica en la infracción a los artículos 201 y 204 del Código Penal, donde se incluye la actividad de expendio en farmacias.

Art. 201: “...al que vendiere, pusiere en venta, suministrar, distribuyere o almacenare con fines de comercialización aguas potables, sustancias alimenticias o medicinales o mercaderías peligrosas para la salud, disimulando su carácter nocivo”.

Art. 204: “...el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica, o diversa de la declarada o convenida, o excediendo las reglamentaciones para el reemplazo de sustancias medicinales, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que, según las reglamentaciones vigentes, no pueden ser comercializados sin ese requisito (texto dado por la modificación del art. por la Ley 26574/2009)”.

Inc. 16.- “usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país”;

Se relaciona con la denominada receta magistral, que tiene su texto fundado en la Farmacopea Argentina, cuya última edición

es la 7ma del año 2002, cuyos responsables de su publicación son: el Ministerio de Salud de la Nación (MSN); la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos; la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT); y el Instituto Nacional de Medicamentos (INAME). Son 4 volúmenes de 2745 páginas en total que se puede consultar en el sitio web oficial del MSN. Allí define que la Farmacopea Argentina o “Códex Medicamentarius Argentino” es el código oficial donde se describen las drogas, medicamentos y productos médicos necesarios o útiles para el ejercicio de la medicina y la farmacia, especificando lo que concierne al origen, preparación, identificación, pureza, valoración y demás condiciones que aseguran la uniformidad y calidad de las propiedades de los mismos. Es de uso obligatorio para todas las farmacias, droguerías, empresas elaboradoras e importadoras y establecimientos comercializadores y/o distribuidores de drogas y medicamentos, como también de productos médicos que por sus características deban responder a especificaciones de la Farmacopea Argentina.

La prohibición del texto del inciso (recordar año 1967) hace mención a que no se utilicen signos, abreviaturas o claves escritas para los preparados magistrales, los que las facultades de medicina del país enseñaban en dicha época a redactar sobre la base de la Farmacopea Argentina. A modo de ejemplo, un preparado magistral clásicamente indicado para la tos irritativa severa en forma de gotas:

Dionina – Codeína aa/0,10 gr

Tintura de Belladona 1 gr

Agua de laurel cerezo/Agua destilada aa/10 gr

La normativa ya tratada sobre prescripción en soportes electrónico o digital no hace ninguna referencia a este tipo de redacción propia de las preparaciones magistrales; es decir, que no las contempla ni las prohíbe, quedando una suerte de espacio legal vacío.

Inc. 17.- “ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas”;

Enunciado que parece ser conflictivo ya que englobaría desde una banal gripe hasta cuadros severos. Quedaría determinado así entendido que cualquier médico o persona integrante del equipo de salud que curse activamente una patología infectocontagiosa no tendrá permitido realizar su actividad laboral.

Inc. 18.- “practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/ la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces. (Inciso sustituido por art. 7º de la Ley N° 26.130/2006)”;

Debe destacarse que el inciso derogado hablaba de esterilización cuando se agotaran todos los recursos de conservación de los órganos reproductores y existiera una indicación terapéutica perfectamente determinada. Asimismo, cabe señalar que en ningún momento mencionaba la participación judicial en este

proceso. En cambio, la Ley 26.130/2006 Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, establece en su art. 1 que: “...toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud”.

Nótese que se reemplaza el término de esterilización, concepto que llegaba a propiciar rechazo en humanos, por el de contracepción quirúrgica atento a que impide la concepción por un medio invasivo.

En el art. 2 (modificación sustanciada por Ley N° 27.655/2021) se estipula que “las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial”, resaltando como requisitos ser mayor de 18 años y brindar el consentimiento, sin ningún tipo de judicialización que autorice ni desestime.

Inc. 19.- “inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de óptica u ortopedia”;

Inc. 20.- “participar honorarios”;

Inc. 21.- “obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades”;

Prácticas antiéticas comunes y consagradas por la habitualidad que, en una suerte de anestesia social, no causan ninguna reacción de sorpresa de ser descubiertas o explicitadas.

Participar honorarios (conocido como “ana/ana”) significa repartir entre partes (médicos, laboratorios, etc) los honorarios que paga un paciente por su atención defraudando su confianza.

En tal sentido es muy recomendable y clara la opinión del Dr. Raúl Valdez en su artículo publicado en Dermatología Argentina Vol. 23 N° 4 Dic. 2017: 161-162: “...es la partición de honorarios que se exige o se ofrece por una derivación de pacientes o de recetas a espaldas del mismo paciente. Se deriva al enfermo a otro médico o una receta a una determinada farmacia con la promesa de recibir un beneficio económico. Y en ese acto de derivación comienza a pesar en la decisión la futura recompensa en dinero. Se trata, nada más ni nada menos, de poner en juego la libertad de conciencia a la hora de realizar una indicación médica a un paciente que nos confió su salud”. “Ana-ana” es un término habitualmente utilizado en la medicina que viene de la farmacopea; quiere decir “partes iguales”. La aplicación del término y del concepto referido a la partición de honorarios es ofrecer dinero como recompensa por la derivación de pacientes. O bien exigir ese dinero sin el cual no habrá derivación. Es el pago de retornos. Puede que haya cientos de matices y variados disfraces, pero en definitiva la recompensa en dinero oscurece y condiciona la decisión”.

Todos estos incisos prohíben conductas que, si bien son

reprochables y condenables éticamente, no son sancionables desde el punto de vista jurídico al no estar tipificadas en ningún texto legal.

Inc. 22.- “delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión”;

El texto es preciso y claro. El término clave es delegar, que puede tener distintas connotaciones y significados.

En principio, se entiende como definición más elemental que un médico asigna una tarea o trabajo a alguien para que lo realice; otra interpretación puede aceptar que encomienda a otra para que haga algo en su lugar; pero hay que tener presente que dicho decisorio delegante a su personal a cargo (subalterno jerárquico o auxiliar según el texto legal) no significa traspasar la responsabilidad de su cargo de una persona a otra.

En derecho administrativo (recordar que la Ley 17132 es una norma administrativa), delegar comprende trasladar de órgano o personal superior a otro de nivel inferior el ejercicio de una competencia, reteniendo el delegante la titularidad de la misma. Se da por sentado que la autoridad delegante se encuentra facultada por la ley o el reglamento para realizar la delegación, y que la responsabilidad por las decisiones que se adopten o por las actuaciones que se ejecuten recaerá en el delegante.

En concreto: el médico se encuentra debidamente autorizado y puede naturalmente disponer acciones para que ejecute su personal auxiliar, lo que tiene prohibido es que las indicaciones u órdenes impartidas no pueden contener facultades (potestad), funciones (capacidad de actuar), ni atribuciones (prerrogativa o autoridad) que sean inherentes (inseparables de la naturaleza del “ser” médico) y privativas (propias y excluyentes) de su profesión. Si lo hiciera y ocasiona consecuencias dañosas o lesiones o muerte, no sólo trasgrede el ámbito administrativo, sino que infringe el art. 84 y 94 del CP por “inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo”. Además, al personal auxiliar que acepte la delegación en dichos supuestos, se responsabiliza y pueden caberle sanciones según el marco legal de referencia (supongamos enfermeras/os - Ley de Enfermería, etc.), administrativas, incluso civiles y penales según el caso.

El profesional médico no tiene ninguna explicación excusatoria que lo libere justificadamente de la responsabilidad de delegación indebida o inobservante de reglamentos.

En tal sentido, puede ilustrar el fallo del T.O.C. N° 16 de la Capital Federal, en la “Causa N° 1730/2006 seguida c/MAH, GG y GMN s/homicidio culposo art. 84 CP”, del que puede comentarse en forma de adaptación didáctica de su contenido literal, los siguientes: Merece por fin consignarse, por lo sorprendente, la afirmación del médico (delegante) Dr. X.X. en el juicio pues ha dicho que “los enfermeros no los manejaba yo sino personal administrativo femenino”, lo que trasunta que pretende ignorar que media acuerdo en que la cognoscibilidad del riesgo y la controlabilidad del mismo y del curso fáctico, son condiciones subjetivas para que surja un “deber de conducta” por parte del médico (al delegar).

Inc. 23.- “actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración con la medicina u odontología”;

Inc. 24.- “asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico e instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma”;

Inc.25.- “ejercer simultáneamente su profesión y ser director técnico o asociado a un laboratorio de análisis clínicos. Se exceptúan de esta disposición aquellos profesionales que por la índole de su especialidad deben contar necesariamente con un laboratorio auxiliar y complementario de la misma”.

Estos tres incisos hacen referencia a la incompatibilidad laboral del médico en relación con las circunstancias y condiciones enunciadas taxativamente en el texto legal y que son pasibles de sanciones de tipo administrativo, o según el caso, civil.

Tener presente que el DR 6216/67 expresa que “en los casos del inciso 25, la Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará y habilitará el laboratorio de aquellos profesionales que a su juicio deban contar con tales instalaciones auxiliares y complementarias para el ejercicio de su especialidad, debiendo solicitar en casos de duda o controversia la opinión de la Facultad de Medicina. En todos los casos, los profesionales con laboratorio, están obligados a la atención personal y efectiva del mismo”.

REFERENCIAS Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. Código de Ética para el Equipo de Salud – AMA – Buenos Aires, 2001.
2. Código Penal de la Nación – Editorial Hammurabi – Buenos Aires, 2024.
3. Código Civil y Comercial de la Nación - Editorial Hammurabi – Buenos Aires, 2024.
4. Código Procesal Civil y Comercial de la Nación - Editorial Hammurabi – Buenos Aires, 2024.
5. Infoleg – sitio web Normas citadas en el texto para consulta.
6. Fontán Balestra, Carlos; Ledesma, Guillermo “Tratado de Derecho Penal” – Ed. La Ley – Buenos Aires, 2013.
7. Donna, Edgardo; “Tratado de Derecho Penal – Parte Especial” – Editorial Rubinzal Culzoni – Buenos Aires, 2022.
8. Garay, Oscar E.; “Responsabilidad profesional de los médicos: ética, bioética y jurídica civil y penal” – Ed. La Ley – Buenos Aires, 2017.
9. Lossetti, Oscar; Trezza, Fernando; Patitó, José; “Obligaciones y prohibiciones de los médicos” - Praxis Médica - Revista Mundo Hospitalario AMM Año 7 N° 29 – Buenos Aires, 2003.
10. Lossetti, Oscar; Foyo, Roberto; Rofrano, Gustavo. “El médico y el ejercicio ilegal de la medicina: consideraciones éticas, medicolegales y jurídicas”. Boletín Virtual de Trabajos Científicos AMFRA N° 0 inaugural, pag. Web, 2023.
11. Montanelli, Norberto; “Responsabilidad criminal médica” – Ed. García Alonso – Buenos Aires, 2005.
12. Núñez, Ricardo; “Tratado de Derecho Penal” – Ed. Lerner – Córdoba, 1978.-
13. Patitó, José A.; “Manual de Medicina Legal” 2ª edición – Akadia Editorial – Buenos Aires, 2012.
14. Patitó, José; Lossetti, Oscar; Trezza, Fernando; Guzmán, Celminia; “Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense” – Ed. Quórum – Buenos Aires – 2003.
15. Rabinovich Berkman, Ricardo; “Responsabilidad del médico” – Ed. Astrea – Buenos Aires, 1999.
16. Soler, Sebastián; “Tratado de Derecho Penal” – Ed. Astrea – 6ta edición Actualizada por Jorge Buompadre, Buenos Aires, 2022.
17. Wierzba, Sandra; “La salud en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación”. En Letra - tomo I, año II, número 4, 4-18, 2015.
18. Zampieri, Horacio. USAL Suplemento Salud Nro 63 – “El ejercicio ilegal de la medicina y su concurso con otros delitos”. Buenos Aires, 2019.



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

 www.amfra.org.ar