

Número Dos

BOLETÍN DIGITAL

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



AMFRA

Asociación de Médicos Forenses
de la República Argentina

www.amfra.org.ar

Número Dos

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

HUELGA DE HAMBRE EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD ASPECTOS MÉDICO LEGALES Y ÉTICOS

GABRIELA R. POTAP

Pág 03

SECRETO PROFESIONAL Y EL DELGADO HILO ENTRE EL SER Y EL DEBER SER

GABRIELA TINTO

Pág 07

ANÁLISIS DE UN CASO DE FEMICIDIO EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES DE PAREJA Y FAMILIARES

LILIANA LÓPEZ GARAY, LUCILA ARANGUIZ, MÓNICA ACOSTA ZIESENIS,
CLAUDIA SOSA, SUSANA DÍAZ

Pág 09

HUELGA DE HAMBRE EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD

ASPECTOS MÉDICO LEGALES Y ÉTICOS

GABRIELA R. POTAP

Médica. Especialista en Medicina Legal. Docente II cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Docente de la carrera de Especialización en Medicina Legal del Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina. Ex subdirectora de Sanidad del Servicio Penitenciario Federal.

RESUMEN

La Asociación Médica Mundial (AMM) establece que una persona en huelga de hambre es “alguien mentalmente competente que ha decidido comenzar una huelga de hambre y se niega a ingerir alimentos y/o líquidos durante un período significativo.” por consiguiente, un claro interrogante se presenta cuando la persona, no es mentalmente competente. Es el objetivo del presente artículo que el lector adquiera la habilidad para resolver los diversos dilemas médico legales y éticos que se presentan especialmente en el complicado escenario del ayuno prolongado, siendo activos protectores de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad.

ABSTRACT

The World Medical Association (WMA) defines a hunger striker as “someone of mental competence who has decided to go on hunger strike and refuses to take food and/or fluids for a significant period of time.” therefore, a clear question arises when the person is not mentally competent. The objective of this article is that the reader acquires the ability to solve the various legal and ethical medical dilemmas that arise especially in the complicated scenario of prolonged fasting, being active protectors of the human rights of people in custody.

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria bajo custodia es un aspecto relevante de la medicina legal, en relación a la responsabilidad jurídica de los profesionales de la salud intervinientes, por tal motivo el presente artículo expone y analiza el marco legal y ético en el cual debe desempeñarse el galeno actuante en situaciones complejas, en especial, aquellos eventos en los que se encuentre en riesgo la integridad física o la vida de las personas alojadas, como lo es la Huelga de Hambre (HH).

El texto pretende también, aportar información a médicos, que no desempeñan funciones en una fuerza de seguridad, sin embargo, interactúan con personas bajo custodia declaradas en HH, como lo es, la intervención pericial; o médicos que brindan asistencia en centros sanitarios del medio público o privado, señalando que, en los casos de ayuno prolongado, de acuerdo al estado de salud del paciente, es probable el traslado a ese ámbito, por indicación médica u orden judicial.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo se basa en una revisión bibliográfica y análisis de las normativas nacionales e internacionales legales y éticas vigentes.

HUELGA DE HAMBRE: DEFINICIÓN

La Asociación Médica Mundial (AMM) establece que una persona en huelga de hambre es “alguien mentalmente competente que ha decidido comenzar una huelga de hambre y se niega a ingerir alimentos y/o líquidos durante un período significativo.” A su vez, la Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las personas en huelga de hambre en su introducción, expresa: “Las huelgas de hambre se producen en diversos contextos, pero presentan principalmente dilemas en establecimientos donde la gente está detenida. Por lo general son una forma de protesta de las personas que no tienen otras maneras de dar a conocer sus demandas.” Agregando... “Estas personas casi nunca desean morir, pero algunas pueden estar preparadas para hacerlo con el fin de lograr sus objetivos.”

POR LO TANTO, HUELGA DE HAMBRE (HH), ES LA DECISIÓN VOLUNTARIA DE UN INDIVIDUO MENTALMENTE COMPETENTE, DE PRIVARSE DE ALIMENTOS Y/O LÍQUIDOS, CON LA FINALIDAD DE REIVINDICAR EL CUMPLIMIENTO DE UN DETERMINADO OBJETIVO.

Es una medida de presión no violenta orientada a formular protestas y/o reclamos, contra la administración penitenciaria o la justicia, que puede ser realizada de manera individual o colectiva. Mayormente la medida de protesta es de corta duración, en circunstancias complejas y extraordinarias, se extiende durante un período prolongado, y es allí donde pueden presentarse graves complicaciones en la salud del reclamante.

La Huelga de Hambre es parcial cuando el individuo decide privarse de alimentos, pero no de agua. Si la abstinencia es a sólidos y líquidos se trata de una Huelga de Hambre total o “seca”.

MARCO LEGAL Y ÉTICO

La actuación de los profesionales de la salud debe ajustarse al marco legal y ético vigente en el que existen derechos esenciales que deben ser respetados. Fundamentalmente debemos considerar el derecho a la autonomía del paciente.

Constitución Nacional en su artículo 19 expresa: “... *Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.*”

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos Naciones Unidas

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual: “*Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones...*”

Las reglas Mínimas de la Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos “Reglas Nelson Mandela” Regla 32 establece que: “*La relación entre el médico, los otros profesionales de la salud y los reclusos debe respetar las mismas normas éticas y profesionales que se aplican a los pacientes fuera de un establecimiento penitenciario.*” (...) “*b) el respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y el consentimiento informado como base de la relación entre médico y paciente;*”

Ley 26529 Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

Artículo 2 e) “*Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.*”

Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial

Artículo 8. “*En el caso de un prisionero que rechaza alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente, como se estipula en la Declaración de Malta de la AMM*”

Ley 24.660 Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad

ARTICULO 151” *Si el interno se negare a ingerir alimentos, se intensificarán los cuidados y controles médicos. Se informará de inmediato al juez de ejecución o juez competente solicitando, en el mismo acto, su autorización para proceder a la alimentación forzada, cuando, a criterio médico, existiere grave riesgo para la salud del interno.*”

Ley 17.132 Reglas para el ejercicio de la medicina.

Artículo 19 3º) “*respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos.*”

ALIMENTACIÓN FORZADA

El Principio N.º 23 de la Declaración de Malta define: “*Todos los tipos de intervenciones para la alimentación enteral y parenteral contra la voluntad de la persona en huelga de hambre mentalmente competente son consideradas alimentación forzada*”.

Cabe hacer la distinción entre diferentes alternativas para realizar este procedimiento, la alimentación por medio de la sonda

nasogástrica es la más utilizada. Sin embargo, también existe la posibilidad de administrar alimentación por vía intravascular, método que adquiere especial relevancia en aquellos casos en los que la persona lleva más tiempo sin alimentación, por lo que se hace importante realizar correcciones electrolíticas y administración de macronutrientes en dosis crecientes, para prevenir el síndrome de realimentación.

HUELGA DE HAMBRE: INICIO, CONTROL Y FINALIZACIÓN

Asistir a las personas bajo custodia declaradas en huelga de hambre constituye potencialmente un serio desafío para los profesionales intervinientes. Es posible diferenciar tres momentos:

- 1) Inicio de la Huelga de Hambre.
- 2) Control de la Huelga de Hambre.
- 3) Finalización de la Huelga de Hambre.

INICIO DE LA HUELGA DE HAMBRE

Formalmente su inicio debe ser documentado a través de una declaración escrita con la correspondiente rúbrica del huelguista, en donde hace saber los motivos que impulsan el comienzo de la medida.

De acuerdo a lo establecido en el décimo principio de la Declaración de Malta “*El médico debe evaluar la capacidad mental de la persona que va a comenzar una huelga de hambre...*” Es por ello que, se debe solicitar la intervención de un profesional de salud mental (psiquiatra y/o psicólogo) a los efectos de evaluar e informar la eventual presencia de alteración psicopatológica que afecte el juicio del reclamante.

Asimismo, es relevante identificar si la huelga de hambre declarada es total o parcial e informar a la persona con claridad, los riesgos que conlleva la adopción de dicha medida dejando debida constancia del consentimiento informado en la Historia Clínica (HC) y efectuando la comunicación al Juzgado o Tribunal interviniente (Artículo 151 Ley 24660)

El médico se informará respecto de la presencia de antecedentes patológicos y/o enfermedades crónicas, para luego indicar, según su criterio, el eventual tratamiento y/o los ajustes del mismo. Es fundamental el registro del peso y el índice de masa corporal (IMC) como uno de los indicadores cuantitativos del estado nutricional al inicio de la medida.

CONTROL HUELGA DE HAMBRE

Para realizar un adecuado control clínico y de laboratorio, los médicos deben comprender los eventos fisiológicos que se producen después de una inanición prolongada. Durante el progreso de la huelga de hambre se suceden, tres fases, la primera consumo principal de los hidratos de carbono de reserva, luego las grasas y por último, se comienzan a consumir principalmente proteínas musculares.

Ahora bien, no es posible establecer un momento preciso en el que comienzan a ocurrir las alteraciones fisiológicas propios del ayuno prolongado constituyendo un riesgo para la vida del huelguista, pues el tiempo de supervivencia dependerá de varios

factores, como las condiciones de salud y las reservas energéticas previas, el consumo de agua y la verdadera adherencia a la medida de fuerza declarada.

Los controles diarios deben incluir al menos, registro de peso y signos vitales, anamnesis y completa evaluación clínica. El médico indicará y/o efectuará los ajustes necesarios de tratamientos medicamentosos y evaluará la necesidad de requerir exámenes complementarios, interconsultas y/o traslado al ámbito sanitario extramuros, de acuerdo al tipo de huelga (total o parcial), los datos obtenidos de la evaluación clínica y los antecedentes patológicos. Como toda actuación médica, deberá quedar asentada en la HC. Por último, se deberán notificar a las autoridades judiciales, los resultados de los controles de salud que se realicen, y toda novedad que se produzca al respecto.

PROBLEMÁTICAS EN EL CONTROL DE LA HUELGA DE HAMBRE

Tal lo mencionado, el tema que nos ocupa presenta situaciones complejas, muchas de las cuales ocurren durante el periodo de control de la medida de protesta:

- Negativas del huelguista al control.
- Control de peso y falsedad ideológica.
- Huelga de hambre y autolesión.

NEGATIVAS DEL HUELGUISTA AL CONTROL

Es frecuente que el reclamante rechace el control clínico de la HH, desde el registro del peso, los signos vitales, el examen físico, como así también la realización de estudios complementarios que permitan valorar su estado de salud.

Frente a ese conflictivo escenario, se deberá respetar la autonomía de la voluntad, informando al huelguista de las consecuencias clínicas de la huelga de hambre los riesgos de mantener su actitud y la importancia de efectuar los controles de salud.

CONTROL DE PESO Y FALSEDAD IDEOLÓGICA

El Código Penal en su artículo 293 expresa: *“Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio.”*

La falsedad ideológica es un delito penal contra la fe pública, el documento está confeccionado por quien corresponde y en la forma que es debida, sin embargo, las ideas que en él se afirman no son verdaderas, resultando un documento auténtico en su forma, pero falso en su contenido.

A modo de ejemplo: *“En efecto, los tres fiscales indicaron “una serie de desavenencias” sobre el peso... “entre lo informado por el Cuerpo Médico Forense y las aseveraciones efectuadas por.....” y advirtieron: “Podríamos encontrarnos ante una posible estafa a la administración de justicia a través de la falsedad ideológica de los informes remitidos a la causa por los funcionarios actuantes”. “La situación cobra especial interés toda vez que [el peso] resulta un aspecto cuasi determinante a los fines de valorar la incidencia de la huelga de hambre en la salud*

del imputado, indicaron los representantes del MPF.” (<https://www.fiscales.gob.ar>)

De las declaraciones transcriptas, surge con claridad la relevancia de comprobar de manera estricta y fiable el peso del huelguista.

HUELGA DE HAMBRE Y AUTOLESIÓN

Autolesión es, aquella acción lesiva que el sujeto se produce a sí mismo de forma deliberada, generando un daño físico, sin la intención de provocar la muerte. La sutura de labios, es un daño autoprovocado, que se puede observar en algunos casos como *“reafirmación”* de huelga de hambre.

En general se efectúa con hilo de coser, aunque también se han observado con alambre. Suelen ser dos o tres puntos que permiten la ingesta de líquidos, fumar y hablar. No es habitual que la boca se encuentre totalmente cerrada.

FINALIZACIÓN DE LA HUELGA DE HAMBRE

Del mismo modo que a su inicio, el levantamiento de la medida de fuerza, se deberá documentar a través de una declaración suscripta por el huelguista, efectuando la comunicación de dicha novedad al órgano jurisdiccional que corresponda.

En el informe médico deberá constar el registro del peso al inicio de la medida y al momento de la finalización, detallando si es que lo hubo, el descenso de kilos en ese periodo. Desde el punto de vista alimentario, si la medida ha durado menos de cinco días, se permitirá su régimen habitual, recomendando evitar excesos. Si la medida se ha logrado más allá de ese lapso, y se registra descenso de peso, se sugiere un aumento diario de 150 calorías hasta alcanzar su dieta habitual. El médico estimará si corresponde la realización de estudios complementarios y/o interconsultas.

DISCUSIÓN

El médico debe respetar el derecho a la autonomía de la voluntad del paciente cuando es capaz de tomar decisiones, y comprende las consecuencias de sus actos; tal lo mencionado en el principio 23 de la Declaración de Malta, la alimentación forzada consiste en la alimentación enteral y/o parenteral contra la voluntad de la persona mentalmente competente.

POR CONSIGUIENTE, UN CLARO INTERROGANTE SE PRESENTA CUANDO LA PERSONA, NO ES MENTALMENTE COMPETENTE.

En cuanto a las instrucciones anticipadas las directrices del vigésimo principio de la citada declaración, expresan que el médico puede considerar, si se justifica, no seguir las instrucciones que rechazan el tratamiento porque, por ejemplo, se piensa que el rechazo fue expresado bajo presión.

Además, la Asociación Médica Mundial, hace saber que la alimentación artificial también puede ser aceptable si las personas incompetentes no han dejado instrucciones anticipadas

sin presión que la rechacen, para preservar la vida de la persona en huelga de hambre o evitar una grave discapacidad irreversible. Para mayor abundamiento, el principio 4 versa: “El médico debe respetar la autonomía de la persona. Esto puede incluir una evaluación difícil, ya que los deseos reales de la persona en huelga de hambre puede que no sean tan claros como parecen. Toda decisión pierde fuerza moral si se toma bajo amenazas, presión o coerción de los pares.” Ampliando que “En los establecimientos de custodia, es necesario considerar la posibilidad que las instrucciones anticipadas hayan sido entregadas bajo presión.” (Principio 18)

CONCLUSIÓN

Del análisis del marco legal y ético en relación al tema que nos ocupa, es posible inferir que, cuando el huelguista alcanza un estado de confusión, el profesional de salud debe dilucidar, en primer lugar, si la manifestación de voluntad se realizó con plena competencia, y luego, de existir instrucciones o directivas anticipadas, considerar la posibilidad de que las mismas hayan sido efectuadas bajo presión.

Entonces y de acuerdo a lo evaluado, tomará la decisión que estime oportuna. Si el dictamen indica iniciar la terapéutica correspondiente, finalmente se actuará, en correspondencia con el vigésimo principio de la Declaración de Malta que expresa: “Si luego de la reanimación y con sus facultades mentales restablecidas la persona en huelga de hambre insiste en su intención de ayunar, dicha decisión debe ser respetada.”

Por último, cabe citar el artículo 73 del Protocolo de Estambul “Aunque no hay soluciones fáciles, el profesional de la salud deberá guiarse siempre por el mandamiento básico de evitar el daño por encima de todas las demás consideraciones...”

BIBLIOGRAFÍA

1. Capacidad de los presos para morir: huelga de hambre y competencia cognitiva <https://bioeticalab.uc.cl/capacidad-de-los-presos-para-morir-huelga-de-hambre-y-competencia-cognitiva/>
2. Declaración de Malta de la AMM sobre las personas en huelga de hambre <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-malta-de-la-amm-sobre-las-personas-en-huelga-de-hambre/>
3. Dilema ético: el caso de la huelga de hambre Salud pública Méx; 60(4): 383-383, Jul.-Aug. 2018. | LILACS (bvsalud.org)
4. Fisiopatología del ayuno. RAPD Online 2009 V32 N1 08.pdf
5. Huelga de hambre, alimentación forzada y responsabilidad profesional: alcance y consideraciones éticas <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/331/536>
6. Huelga de hambre: consideraciones bioéticas Cuad. Méd.-soc. (Santiago de Chile); 51(3): 151-156, 2011. | LILACS (bvsalud.org)
7. La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales. Rev. esp. sanid. Penit; 15(1): 8-15, 2013. | IBECS (bvsalud.org)
8. Manejo de huelguistas de hambre. Asociación Médica Mundial <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16144144/>
9. Medical management of hunger strikers <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23090653/>
10. Necesidades de agua y nutrición Rev. Esp. nutr. Comunitaria; 14(2): 67-87, jun. 2008. tab | IBECS (bvsalud.org)
11. Prevención del Síndrome de Realimentación Nutr. Hosp; 25(6): 1045-1048, nov.-dic. 2010. graf, tab | IBECS (bvsalud.org)

SECRETO PROFESIONAL Y EL DELGADO HILO ENTRE EL SER Y EL DEBER SER

Nota de opinión sobre uno de los aspectos de las emergencias obstétricas

GABRIELA TINTO

Médica, especialista consultora en medicina legal y cirugía vascular, Perito Médico Forense APLP, abogada, diplomada en pericias judiciales.

El secreto profesional, tiene una definición tácita, un concepto inteligible en cualquier intercambio de ideas, con un alcance común a cualquier profesión, pero pocas veces ese significado cobra particular importancia como el secreto profesional en el ámbito de la atención de la salud o de la asistencia sanitaria, para ser más amplia. No es un error hablar de sanitario en vez de médico, ya que su alcance trasciende la profesión médica, y su violación se advierte en diferentes eslabones de la asistencia, esto más aún en situaciones de privación de la libertad. Así mismo, su alcance desde diferentes enfoques, bioético y legal, no siempre coinciden. Este distingo cobra particular importancia cuando de esa interpretación y convicción depende la vulneración de derechos fundamentales.

Si uno analiza cómo ha sido la construcción del secreto profesional particularmente en medicina, rápidamente se identifica con las dimensiones de la ética aristotélica, entre el ser y el deber ser, y su análisis bioético en cuanto a la relación con el Derecho, no escapa de esta lógica aristotélica- kantiana del pensamiento ni de esta corriente filosófica.

Abordado dentro de la deontología médica, rama de la medicina legal, que estudia los deberes y derechos de los médicos, es legislado en forma genérica en el Código Penal de la Nación (CP) Libro II Tit. V Delitos contra la Libertad Cap. III Violación de secretos y de la privacidad art. 153, 153 bis, 156, 157, 157 bis, y el respectivo Código Procesal Penal de la Provincia de Buenos Aires (CPP) art. 236; en lo civil, por el Art. 992 del Código Civil y Comercial de la Nación; y en forma ya específica, en el artículo 11 de la ley 17132/67 del ejercicio de la profesión médica y en el Art 2 de la ley 26529, sin perjuicio de su definición implícita en la sexta promesa médica adoptada en la Declaración de Ginebra del año 1948 y en los diferentes códigos de ética tanto nacionales como internacionales, que exceden esta nota opinión.

Todos estos marcos definitorios, reguladores y sancionatorios, lo abordan sólo desde la dimensión del deber, de la obligación médica y/o del equipo de salud, en tanto lo que llega a su conocimiento, con la potestad implícita, en el marco de la invocada justa causa- que poco hace referencia a la autorización del paciente- de revelarlo, como un juego entre el deber y el

derecho a hacerlo, sólo del profesional, no abordándose la dimensión de garantía que alcanza a este instrumento, garantía de un derecho del paciente y de la propiedad de la información que contiene ese secreto.

La autorización legal de justa causa o el interés público invocado en el art. 72 del CP y el 287 del CPP, también se dirime en la esfera exclusivamente profesional tanto médica como jurisdiccional, en ambos escenarios, estructuras de privilegio jerárquico. Obviamente es el Derecho, a través de la misma jurisdicción que vulnera, el que atrás de estos yerros culposos, arraigados cultural y jurisprudencialmente, desde hace varios años va identificando estos errores, va corrigiendo, siempre tarde para la víctima, y así, va dotando de contenido y fundamento a la nueva doctrina.

Cuando identificamos que esto es una garantía individual, es el proceso adjetivo que permite resguardar la intimidad sanitaria de una persona y lo extrapolamos a situaciones de emergencia obstétrica donde se recurre en casos extremos, por la necesidad obvia de asistencia calificada, rápidamente se advierte como hay ciertos hechos en el ámbito de salud- el aborto espontáneo, el parto no asistido, el alumbramiento incompleto, la hemorragia por genitales externos, entre otros- donde, si esta garantía no se entiende como tal, ese juego dialéctico sólo personal entre el ser y el deber ser y con el único norte del interés público, termina en la vulneración de derechos, en la patologización de procesos naturales e incluso en la criminalización de una situación de salud. A la mujer que concurre en estas condiciones, se la obliga desde un sistema consuetudinario, a elegir entre su vida o su libertad, y suele perder esta última.

Un ejemplo que la jurisdicción analizó y logró corregir, "tempranamente" dentro del espectro de casos similares, tras el análisis judicial en primera instancia, es el fallo² en el caso Viera Rocío, en Santa Fe, a quien se la imputó inicialmente por el homicidio doloso de su beba en el año 2019, en contexto de un embarazo oculto y un parto no asistido con el consecuente fallecimiento de la recién nacida, donde la misma Fiscalía plantea el cambio de carátula ya que no pudo comprobarse el dolo, luego de analizar la documental probatoria, identificando

la vulneración del secreto profesional como motivo inicial de la judicialización, aunque justificando la misma en el contexto de la impresión que esto generó en la comuna tras la mediatización simultánea, acordando un juicio abreviado con una condena de tres años de prisión efectiva, por omitir el deber de cuidado, pena que Rocío aceptó, y que luego en la valoración de ese proceso, el Juez Nicolas Falkenberg la absuelve de culpa y cargo, fundamentando el fallo en que resulta ser una conducta atípica la que se le imputó, esto en función que esa imputación se basó en una supuesta omisión al deber de un cuidado que no ha sido detallado, que ese deber se construyó en relación a estereotipos de lo que se espera de la mujer, sin un marco legal que obligue a la mujer embarazada a tener conductas determinadas, no sin haberse explayado respecto del alcance del secreto profesional en general y sus implicancias en esta causa en particular, señalando varios fallos donde queda claro que no se puede criminalizar la conducta de a quien se asiste, haciendo una importante valoración en cuanto a la justa causa y al tipo de relación profesional propia o impropia, en relación a asistencia o intervención pericial, respectivamente, ambas relaciones alcanzadas por un deber de secreto profesional, máxime en la última, donde la información recabada es plasmada en relación a la imputada.

Es precisamente, tras un análisis asertivo, en principio técnico, al tamizar la imputación dentro de la teoría del delito, donde deja en claro cómo no se cumple con uno de los elementos fundamentales, la conducta típica, para luego dotar de fundamentos convencionales la sentencia, con referencia a bibliografía disponible³ que aborda esta problemática desde un perspectiva sin estereotipos⁴, poniendo en evidencia cuanto camino falta por recorrer.

A la luz de lo que sigue ocurriendo, ante el sesgo en varios eslabones, se requiere un pronto aggiornamento social y jurisdiccional, ya que el marco legal existe, pero tarda en aplicarse o aceptarse, sendas cuestiones van en detrimento claro de las mujeres en particular y de la sociedad en general.

El devenir de estos procesos, obliga al replanteo urgente, de al menos las ciencias biológicas y sus efectores, de cómo entender,

ejercer y enseñar este deber profesional, en su juego dialéctico ya no personal, sino con la persona "paciente", la persona "imputada", la persona "víctima".

En la práctica, aunque se haga referencia a la intimidad y confidencialidad en algunas leyes⁵, se defina la violencia en sus distintas formas⁶, o se analice jurisprudencialmente el alcance del secreto profesional⁷, no basta, no alcanza, para asistir, peritar o juzgar con perspectiva de género, se requiere del compromiso de cada parte, a través del aprendizaje y la reflexión, de internalizar este marco legal y doctrinario sin excusas escolásticas.

2 <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2021/04/fallos49175.pdf> ntopenal.com.ar/system/files/2021/04/fallos49175.pdf

3 Palomar Vereza, Cristina " Malas madres: la construcción social de la maternidad " https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista

4 Hopp, Cecilia Marcela, "Buena madre", "buena esposa", "buena mujer". Abstracciones y estereotipos en la imputación penal, in Género y justicia penal, Julieta Di Corleto (Comp.), (págs. 15-46), Ediciones Didot, Buenos Aires, 2017 <https://www.edicionesdidot.com/sitio/uploads/archivos/20200624-122140.pdf>

https://www.researchgate.net/publication/332259138_Buena_madre_buena_esposa_buena_mujer_abstracciones_y_estereotipos_en_la_imputacion_penal

5 ley de salud pública o de derechos del paciente, ley 26529 en su art. 2 inc. c y d, Convención de Belém do Pará o Recomendación General N. o 24 "Sobre la Mujer y la Salud" del año 1999, el Comité CEDAW

6 ley 26485 de protección integral a las mujeres, artículo 6to inc. c , violencia obstétrica, en íntima relación con la ley de derechos del paciente (5)

7 <https://repositorio.mpd.gov.ar/jspui/bitstream/123456789/3888/1/2021.02.%20El%20secreto%20profesional%20del%20médico%20y%20el%20deber%20de%20denunciar%20los%20delitos%20de%20acción%20pública%20que%20conocen%20en%20ejercicio.pdf>

ANÁLISIS DE UN CASO DE FEMICIDIO EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES DE PAREJA Y FAMILIARES

LILIANA LÓPEZ GARAY¹, LUCILA ARANGUIZ¹, MÓNICA ACOSTA ZIESENIS², CLAUDIA SOSA³, SUSANA DÍAZ³

¹ Médica Forense. Cuerpo Médico Forense de Formosa.

² Médica Psiquiatra. Cuerpo Médico Forense de Formosa.

³ Licenciada en Psicología. Cuerpo Médico Forense de Formosa.

INTRODUCCIÓN

Los femicidios o muerte violenta de mujeres por razones de género constituyen la forma más extrema de violencia contra las mujeres.

Los actos femicidas están arraigados en un sistema que refuerza la discriminación y el desprecio contra las mujeres y sus vidas. Refunda y perpetúa los patrones que culturalmente han sido asignados a las mujeres: subordinación, debilidad, sentimientos, delicadeza, feminidad, etc. A su vez, reproducen los estereotipos de la masculinidad asociada a la fortaleza física y al poder para controlar las vidas y los cuerpos de las mujeres, para, en última instancia, preservar los órdenes sociales de inferioridad y opresión.

En Argentina la ley 26.791, sancionada en el año 2012, modificó el artículo 80 del Código Penal incluyendo al femicidio como agravante del homicidio simple. El inciso 11 del artículo 80 del Código Penal contiene el tipo penal de femicidio en sentido estricto: “Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua al que mate a una mujer cuando el hecho sea perpetrado por un hombre y mediere violencia de género”.

Los femicidios pueden darse en múltiples escenarios y con diversas modalidades, que conforman el contexto en que el delito tuvo lugar. El Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género, hace énfasis en tres de ellos de manera específica:

- El ámbito de una relación de pareja, afectiva, o familiar;
- La motivación sexual en el ámbito público;
- El contexto grupal con el doble componente: una relación definida por la organización de grupo y la posición de inferioridad de la víctima por la condición de mujer;

OBJETIVOS

En el presente trabajo se expone un caso de femicidio con la finalidad de analizar tanto la autopsia como las evaluaciones psicológicas-psiquiátricas del agresor y del testigo (hijo menor de edad de la pareja) de acuerdo a los lineamientos establecidos por el “Modelo de Protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio)” de la ONU y el “Protocolo para la investigación y litigio de casos de muertes violentas de mujeres (femicidios)” de la UFEM.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta el caso de un femicidio de una mujer de 48 años de edad, ocurrido en el año 2019 en una localidad del interior de la Provincia de Formosa.

La autopsia.

Examen externo: Mujer de contextura robusta, obesa, con buen desarrollo óseo y muscular. Talla: 1,64 ms. Peso: 115 kg. Se observaron múltiples heridas punzocortantes en región mentoniana, en región del trígono carotideo, en el trígono submental, a nivel del ángulo izquierdo de la mandíbula, en cara lateral izquierda del cuello, en región preauricular izquierda, en la mama izquierda sobre su borde externo y cuadrante supereexterno, en el flanco izquierdo del abdomen, en el tercio distal de la cara dorsal del antebrazo derecho, en cara ventral del 2°, 4° y 5° dedo derechos, en el pliegue interdigital entre el dedo pulgar e índice de la mano derecha, en tercio medio de la cara ventral del antebrazo izquierdo. En hemitórax izquierdo a nivel del cruce entre la línea hemiclavicular y la 7° costilla presentó herida punzocortante donde se observa introducida la hoja monocortante del arma blanca.

Se observaron una equimosis en cara anterior tercio medio de la pierna derecha, en cara interna de la rodilla derecha, y en cara anterior del tercio superior de la pierna izquierda.



Figura 1: Lesiones por arma blanca en tronco, cuello y rostro de la víctima.



Figura 1: Lesiones por arma blanca en tronco, cuello y rostro de la víctima.



Figura 2: Lesiones por arma blanca en miembros superiores

Examen interno: Se observó a nivel del cuello sección de las venas yugulares anterior e interna izquierda, herida punzocortante sobre la 4° vértebra cervical, sección transversal de la faringe, sección transversal del esófago, sección transversal de los músculos intercostales entre la 3° y 4° costilla izquierda, sección oblicua del tercio anterior de la 7° costilla izquierda. Presentó hemotórax izquierdo (1000 ml), en el pulmón izquierdo herida punzocortante. En pericardio se identificó herida punzocortante y en la cavidad con abundante contenido de coágulos, el corazón presentaba herida punzocortante que atravesaba la pared del ventrículo izquierdo y tabique interventricular



Figura 3: Lesiones por arma blanca el pulmón y vía aérea.

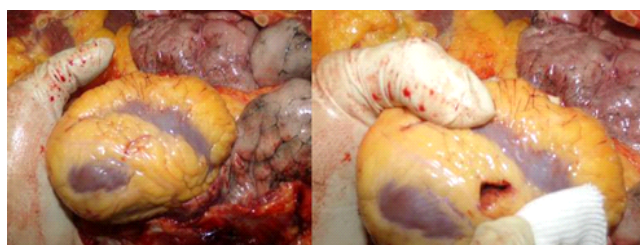


Figura 4: Lesiones por arma blanca en corazón.

CONCLUSIÓN

A la vista de los datos observados se concluyó que se trató de una muerte violenta. La causa del deceso se debió a Shock hipovolémico por herida de arma blanca en región cardíaca y cervical. El cadáver mostró signos evidentes de lucha y defensa.

Examen físico del victimario:

Realizadas 9 horas posteriores al hecho. Masculino de 66 años. Al momento del examen buen estado general, lucido, ubicado en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, hemodinámicamente estable, moviliza los cuatro miembros, deambula sin dificultad sin ayuda. Presentó heridas cortantes en el extremo distal del dedo pulgar de la mano derecha, en el borde externo de la región hipotenar de la mano izquierda, y en la cara ventral de la mano izquierda a nivel de la base del dedo índice.

Examen psicológico – psiquiátrico del victimario:

Persona de sexo masculino, de 66 años. Estudios: Nivel primario incompleto, no sabe leer ni escribir. Última ocupación elaboración de alimentos para la venta. Estado civil: Separado de su 1er mujer con la que había contraído matrimonio, viudo de su última pareja.

En su historia vital cuenta con el antecedente de haber sido un niño víctima y testigo de violencia. Pautas de crianza rígidas las cuales naturaliza y remarca como positivas.

A lo largo de la evaluación expuso con claridad y en modo simple convencimiento de que las pautas de crianza, además de ser propias de la época, daban resultado.

Antecedentes del acontecimiento: Se transcriben textualmente algunos tramos de la entrevista ya que son significativos al ilustrar pensamientos y emociones en torno a los acontecimientos ocurridos.

Luego de la denuncia efectuada por la víctima por violencia de género, recibe un orden de restricción de acercamiento por sesenta días.

Dice haber esperado tranquilo sin embargo se refiere a esta espera expresando “me corrieron y me fui a Corrientes porque tenía vergüenza y le llamé de ahí a mi hermano que me venga a buscar...” (sic); “...a mi me dolió cuando me sacaron de mi casa, me dio mucha vergüenza, me sorprendí” (sic); “...sentí una traición, no quería que mis hijos vengan a mandar en mi casa; después cuando estaban ellos yo no podía llegar” (sic).

En todo momento expresa humillación, considera un ataque a su autoridad como esposo y padre.

Durante ese lapso de tiempo mantuvieron alguna comunicación, razón por lo que él interpreto en todo momento que, terminado el alejamiento impuesto por la justicia, todo volvería a la normalidad. Se refiere a este aspecto diciendo “al mes la llame, pero ella me respondió cuando autorice el Juzgado...” (sic), respuesta que él no entendió pero dice haber respetado. Relata que ese tiempo de espera se dilató por la feria judicial y luego por un viaje de su pareja a Buenos Aires. Se refiere a esta dilatación del tiempo como “... después me sale con eso de que se quería ir Bs As quince días para despejarse y pensar si quería volver o no, me dio bronca pero me callé...” (sic); “...yo tenía demasiado vergüenza de que me sacaron de la casa, mi casa era de lujo y yo estaba en una casa fuera del pueblo, en el desierto...” (sic); “...se fue a BsAs hablábamos por teléfono, después me dijo que su teléfono no andaba y no pudimos hablar más...” (sic).

Cuando su ex pareja regresa el encuentro entre ellos se da en el domicilio familiar, en esta reunión de ambos se define el futuro de la relación. Ella le comunica que no se quedara, que regresara a Buenos Aires dando por terminado el vínculo entre ambos.

Se refiere a este episodio del siguiente modo “cuando viene me sale con que se va otra vez, me dice, no me digas nada mas porque yo me vuelvo a Bs As y eso me mató, me cansó, levanté los brazos como cansado (muestra)... cuando me dijo así lo tomé para la joda, no podía creer...” (sic); “...yo creía en el papel, de que había que cumplir un plazo pero después ya se estiró demasiado con la feria y había que esperar más y después que se va a BsAs, no terminaba mas...” (sic).

El femicidio tiene lugar en ese contexto. El episodio es presenciado por su hijo de doce años quien también resulta herido al tratar de intervenir, además corre en busca de ayuda de los vecinos.

CONCLUSIÓN

Al momento de ser evaluado el señor cuenta con orientación autopsíquica (personal) y alopsíquica (en tiempo y espacio), se encuentra compensado psicoemocionalmente, no presenta alteraciones sensorio perceptivas o delirios.

El análisis psicológico de su personalidad, determinó un modo de rígido de funcionamiento, fallas en el control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, marcada agresividad, con recursos psíquicos insuficientes y mecanismos defensivos limitados.

Sus deseos y valores responden a una norma personal. El acatamiento a normas convencionales es básico y limitado, evidencia conflictos con figuras de autoridad. A nivel de pensamiento evidencia distorsión cognitiva. La capacidad para percibir los aspectos más obvios y socialmente consensuados de la realidad se encuentra disminuida; ve la realidad pero no la encuentra conforme a sus deseos y la reemplaza con su propio criterio el cual se caracteriza por ser egocéntrico, e inmaduro, acomodándola en función a sus necesidades, bajo sus propios parámetros primando sus deseos por sobre el de los demás dada su baja tolerancia a la frustración.

La inmadurez, dependencia, hostilidad al ambiente, falta de

defensas, etc impactan a nivel mediacional (control de impulsos) por lo que es proclive a la manifestación de conductas disruptivas entendidas como aquellas que se caracterizan por una ruptura muy marcada respecto a las pautas de conducta y valores sociales aceptados, que pueden amenazar la armonía través de acciones hostiles.

Tiende a la descarga explosiva en situaciones que le resulten complejas y en este sentido, de los hallazgos surgen que las situaciones que le resultan complejas de manejar son de índole emocional asociadas a sus conflictos no resueltos.

Examen físico del testigo ocular:

Realizado 9 horas y media posteriores al hecho. Hijo de la pareja, de 12 años de edad. Al momento del examen buen estado general, lucido, ubicado en tiempo y espacio. Se observaron excoriación lineal en cara externa de la muñeca derecha, herida cortante en cara anteroexterna del tercio medio del brazo derecho, y equimosis en cara interna de la rodilla derecha.

Evaluación psicológica – psiquiátrica del testigo ocular:

Al momento de la pericia vive con una hermana y su familia. Al momento de hecho cursaba el primer año del nivel secundario.

Durante la entrevista (Cámara Gesell) el niño mantuvo una conducta predispuesta y colaboradora aunque con evidente afectación emocional. Exhibió ansiedad, inquietud, angustia, tristeza, sentimientos de impotencia y culpa ante lo ocurrido. En este sentido de se detectaron fuertes sentimientos de culpa, considerando sus esfuerzos insuficientes para salvar a su madre.

Relata situaciones de violencia de larga data de violencia verbal y física por parte de su padre hacia su madre y hacia él y sus hermanos, intensificadas en ocasiones por el consumo de bebidas alcohólicas.

A pesar de lo doloroso que significó relatar lo sucedido, expreso alivio de haber podido contar los hechos de los que fue testigo.

Al momento de la pericia el niño presentó marcada conflictividad asociada a violencia intrafamiliar y a la tramitación de duelo por pérdida de una figura muy significativa (madre).

DISCUSIÓN

En la Provincia de Formosa en el año 2019, año en el que aconteció el caso presentado, se registraron 6 casos de femicidios, 5 víctimas directas y 1 víctima de femicidio vinculado. La tasa de víctimas directas de femicidios cada 100.000 mujeres fue 1,66. Esto equivale a un femicidio cada 60.286 mujeres. Las 5 víctimas directas de femicidio eran mujeres cis. En cuanto al tipo de vínculo en 3 casos tenían vínculo de ex pareja y en los 2 restantes de pareja; en 2 de los casos existía convivencia. Con relación a los hechos previos de violencia de género, surge que 3 víctimas directas de femicidio habían efectuado denuncias formales contra los sujetos activos; 2 víctimas directas de femicidio solicitaron medidas de protección que se encontraban vigentes al momento del hecho. Respecto de 1 víctima, las medidas estaban vencidas al momento del

femicidio. La totalidad de los femicidios directos ocurrieron en un contexto de violencia doméstica, en 4 de los casos se empleó el uso de arma blanca mientras que en el caso restante el medio empleado fue la fuerza física. 4 de los hechos ocurrieron en la vivienda de la víctima y 1 caso se reportó en espacio público.

Las últimas estadísticas publicadas por la Oficina de la Mujer de la Provincia de Formosa (año 2021) reflejan una tasa de víctimas directas de femicidio cada

100.000 mujeres fue 1,96. Esto equivale a 1 femicidio directo cada 51.077 mujeres. Se registraron 6 casos de femicidios, todos con víctimas directas, todas ellas eran mujeres cis. En cuanto al tipo de vínculo en 3 casos tenían vínculo de ex pareja y en los 3 restantes de pareja; en 2 de los casos existía convivencia. En al menos 3 vínculos se identificaron hechos previos de violencia de género, de los cuales en 1 se radicó denuncia formal; 1 víctima solicitó medidas de protección que se encontraban vigentes al momento del hecho. La totalidad de los femicidios directos ocurrieron en un contexto de violencia doméstica, en 4 de los casos se empleó el uso de arma de fuego mientras que en 2 casos el medio empleado fue el uso de arma blanca. 2 de los hechos ocurrieron en la vivienda de la víctima, 2 en la vivienda compartida entre la víctima y el sujeto activo, y 1 caso se reportó en espacio público.

Podemos observar que se no hubieron cambios significativos en cuanto al número de femicidios ni los contextos en los que se produjeron.

Respecto al estudio caso presentado y los protocolos analizados encontramos una serie de elementos que nos permiten definirlo en el contexto de Femicidio en el ámbito de las relaciones de pareja y familiares.

De acuerdo a los protocolos los femicidios en el ámbito de una relación de pareja, afectiva, o familiar se dan en el ámbito de vínculos de pareja, ex pareja y familiares entre víctima y victimario. Se inscriben generalmente en un ciclo de distintos tipos de violencias previas (física, sexual, psicológica, verbal, económica) que culminan en el acto femicida. Estos incidentes previos pueden haber sido denunciados por la víctima o no. Estas situaciones estuvieron presentes en el caso presentado.

La autopsia se debe realizar obligatoriamente en todos los casos de muertes violentas de mujeres. Tiene como objetivo recolectar información para identificar a la persona fallecida, estimar la fecha y hora de la muerte, determinar la causa y modalidad, y preservar rastros del posible agresor presentes en el cuerpo de la víctima y otros rastros o indicios de la violencia de género, incluso aquellos que pudieran tener una data anterior al hecho homicida.

Respecto al caso expuesto en este trabajo pudimos observar la presencia de los siguientes signos e indicios de los femicidios íntimos en los hallazgos de la autopsia, descriptos en los protocolos:

- Utilización de una violencia excesiva (overkill). Consiste en el uso excesivo de fuerza más allá de lo necesario para conseguir el objetivo pretendido. Se traduce en la presencia de múltiples heridas provocadas por el arma o los instrumentos

homicidas utilizados.

- Localización de la mayoría de las heridas alrededor de zonas vitales, que refleja el control mantenido por el agresor durante la ejecución del crimen.
- Uso de instrumentos domésticos de fácil acceso para el agresor como un cuchillo de cocina, un martillo u otra herramienta.

En cuanto al lugar donde se lleva a cabo y circunstancias que rodean a la comisión del femicidio íntimo, vimos reflejados en el caso en cuestión los siguientes aspectos de los protocolos.

Cuando no hay convivencia el femicidio se suele producir en el domicilio de la víctima o en el domicilio del agresor.

Una de las circunstancias más frecuentes en el femicidio íntimo es la separación o el divorcio del agresor. Muchos agresores se muestran permisivos con la idea de la separación al pensar que la mujer volverá al poco tiempo. Al comprobar que la mujer no va a regresar deciden llevar a cabo el femicidio.

La denuncia de una agresión por violencia de género en la pareja también aparece asociada al femicidio. Cuando la denuncia se une a la separación la asociación con el femicidio es mayor.

La presencia de problemas con la custodia de los hijos o hijas, las disputas por cuestiones económicas o las relacionadas con las propiedades compartidas durante la convivencia, también se asocian con frecuencia al femicidio.

La exposición a la violencia de género que sufren los hijos e hijas que conviven en el ambiente caracterizado por las agresiones y el control ejercido por el padre sobre la madre, unido a los ataques que con frecuencia reciben también los hijos e hijas, producen una serie de alteraciones conductuales, emocionales y físicas que suponen un importante deterioro del estado de salud.

En relación al victimario del femicidio íntimo.

Los elementos que aparecen asociados a los victimarios de violencia de género parten de los factores generales del contexto social y cultural que cada agresor hace suyos para justificar la violencia y para expresarla atendiendo a sus ideas y a las circunstancias que lo rodean.

Los elementos más significativos que aparecen asociados a los perpetradores de un femicidio son:

- Antecedente de haber vivido en contextos familiares violentos, haber sido víctima de violencia, haber sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Antecedentes de violencia de género (respecto de la víctima o de otras parejas).
- Antecedentes de utilizar la violencia dentro del círculo familiar (contra sus hijos/as o ascendientes por ej.) o fuera del contexto familiar. La conducta de los victimarios de un femicidio obedece a sus motivaciones y al significado que él da. Dichos elementos condicionan la conducta anterior al femicidio, la propia agresión y el comportamiento que continúa la materialización del femicidio.

Las razones de género buscan satisfacer lo que el agresor considera un ataque a su autoridad o una humillación por parte de

la mujer, y pretende castigar a la mujer por la conducta llevada a cabo hacia él. Busca recomponer a través de la agresión lo que el perpetrador considera que la mujer ha roto con su comportamiento y actitud.

El perpetrador de un femicidio busca un doble objetivo: el castigo de la mujer y su propia reivindicación como hombre reforzado en los valores socio-culturales que justifican la violencia de género.

Señales en el comportamiento del agresor como no ocultar el hecho ni la autoría de posibles testigos, y/o haber cometido el hecho en presencia de hijos/hijas, y/o presentar los hechos para ocultar su responsabilidad bajo la apariencia de un accidente, suicidio, u homicidio llevado a cabo por una tercera persona.

Estos elementos se encontraban presentes en las evaluaciones realizadas sobre el victimario del caso en cuestión.

CONCLUSIÓN

En el presente caso se pudo evidenciar la presencia de considerables signos e indicios de femicidios en el ámbito de las relaciones de pareja y familiares, lo que lo constituye en un caso paradigmático para el análisis de estos escenarios; y nos invita a reflexionar sobre la detección de las circunstancias previas al desenlace fatal que nos permitan elaborar estrategias en miras de prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. “Modelo de Protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio)”. ONU (Organización de Naciones Unidas).
2. “Protocolo para la investigación y litigio de casos de muertes violentas de mujeres (femicidios)”. UFEM (Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres), Ministerio Público Fiscal, Procuración General de la Nación, República Argentina. 2018.
3. “Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Femicidios”. Datos estadísticos del Poder Judicial 2019. Oficina de la Mujer Provincia de Formosa.
4. “Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Femicidios”. Edición 2021. Oficina de la Mujer Provincia de Formosa.



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

 www.amfra.org.ar