

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

Número Ocho

BOLETÍN DIGITAL



AMFRA

Asociación de Médicos Forenses
de la República Argentina

www.amfra.org.ar

2
0
2
5

BOLETÍN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS AMFRA

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.

COMISIÓN DIRECTIVA – AMFRA (2023 – 2025)

Presidente: BRUNNER HECTOR ENRIQUE

Vicepresidente: NAVARRO GABRIEL

Secretario General: VIGNOLO MARIO GERMAN

Secretario de Hacienda: RUBINSTEIN NORBERTO JULIO

Secretario de Actas: DEFAGOT LUIS MARIA

Secretario de Prensa: LAZCANO RAUL

Secretario Relaciones Científicas y Académicas: FOYO ROBERTO

Secretaría de Asuntos Profesionales: GABRIELA ALEJANDRA TINTO

Vocales: OSCAR LOSSETTI – EDUARDO BERTÉ

Revisores de Cuentas: GERARDO CHIODETTI – NATALIA RIZZO

AUTORIDADES DE LA PUBLICACIÓN:

DIRECTOR ACADÉMICO: Oscar Lossetti

DIRECTOR EDITORIAL: Daniel Silva

COORDINADOR: Gabriel Andrés Navarro

COMITÉ CIENTÍFICO y JURADO EDITORIAL:

Oscar Lossetti

Daniel Silva

Roberto Oscar Foyo

Leonardo Raúl Waron

Gabriela Alejandra Tinto

Adriana D'Addario

Guido Berro Rovira

Número Ocho

BOLETÍN DIGITAL

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

Sumario

EL SUICIDIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Pág 04

ALAMPRESE CARLA

SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO EN EL ÁMBITO LABORAL DE ARGENTINA 2010-2020.

Pág 19

DINA JULLIER ; CÉSAR CLAUDIO BENVENUTO; ESTEBAN IGNACIO VIÑAS

EL MALTRATO ANIMAL COMO INDICADOR DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Pág 28

PATRICIA LILIANA GALLARDO

EL ROL DEL PERITO PSIQUIATRA EN LA CIRCUNVENCIÓN DE INCAPAZ

Pág 31

AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ

EL SUICIDIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

ALAMPRESE CARLA

Médica Especialista en Medicina Legal. Especialista en Ginecología. Facultad de Ciencias Médicas .Universidad. Nacional. Rosario (U.N.R)

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 fue una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras que se han visto gravemente afectadas por esta crisis, siendo ésta una prioridad que debió ser abordada con urgencia. La adversidad asociada con las consecuencias socioeconómicas, el miedo al virus y su propagación, así como las preocupaciones asociadas, tuvieron un impacto indudable en la salud mental de la población.

La llegada de esta crisis extrema se vio reflejada en las conductas llevadas a cabo por parte de la población susceptible de padecer alteraciones en la salud mental. Dentro de esta proporción, las personas con antecedentes de intentos de suicidio o episodios de suicidios en su entorno familiar fueron las más afectadas, las mismas aunque necesitaron mayor atención y acompañamiento por estar expuestas a esta gran dificultad ajena a su entorno mental, generaron, por las restricciones impuestas para el control de la pandemia, una mayor contención personal en el propio domicilio, disminuyendo las posibilidades de concreción de este hecho.

MARCO TEÓRICO

Suicidio

Del latín: sui (mismo), caedere (matar), se encuentra atravesado desde la antigüedad por sanciones jurídicas y religiosas.

Durkheim lo definió como: el final de una vida que resulta en forma directa o indirecta por un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima, que sabe que a consecuencia de ello va a morir. En "Tratado sobre el suicida", (1897), hace una lectura desde el paradigma sociológico de éste hecho y describirá los siguientes tipos:

-Suicidio altruista: causado por una baja importancia del yo con un grupo social de pertenencia altamente integrado. Entre los pueblos celtas llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos. El Harakiri es otro ejemplo.

-Suicidio egoísta: tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la coerción y presión social, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta

forma tiende a darse en sociedades modernas en las que las dependencias de la familia o el clan es menor que en las tradicionales.

-Suicidio anómico: es el que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o anomia. En sociedades donde los límites naturales y sociales son más flexibles, sucede éste tipo de suicidios. Es el tipo de las sociedades de transición. Otro ejemplo es el de la organización capitalista donde el valor está puesto en el dinero dejando a muchas personas en situación de desecho.

-Suicidio Fatalista: se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciben la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Las sociedades esclavistas serían ejemplos donde se producen éstos suicidios. Es una forma frecuente tras infanticidios o filicidios. Su tasa es menor a las otras formas y evidencia una situación traumática que se materializa. (1)

Una de las conclusiones a las que arriba Durkheim es que en sociedades y comunidades que requieren más cohesión y solidaridad orgánica para sobrevivir, la tasa de suicidios es baja, porque la responsabilidad hacia el grupo al cual se pertenece opera como freno de la voluntad. (1)

Epidemiología

La etiología suicida es la causa de muerte del 0,4 al 0,9% del total de muertes, con una tasa global de 26,9 por 100 mil habitantes, con una curva en ascenso.

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Alrededor de a de 703 000 personas se quitan la vida por año y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. En 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo y en la Argentina es la segunda causa de muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera baja, una tasa menor a 5 por cada 100 mil habitantes, media de 5 a 15 cada

100 mil, -es la situación en la Argentina-; y alta de 15 a 30 cada 100 mil. Se estima que cada día se suicidan 17 personas en la Argentina y la relación hombre/mujer es de 5 a 1.

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral. (2)

Factores de riesgo

Por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas.

Además, se ha demostrado suficientemente que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados, como los refugiados inmigrantes; los pueblos indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales; y los reclusos. Se considera entonces que el principal factor de riesgo es, con diferencia, un intento previo de suicidio. (2)

Desde la psiquiatría.

En el 90% de los suicidios consumados es posible mediante autopsia psicológica objetivar criterios para uno o más diagnósticos psiquiátricos. Condición necesaria pero no suficiente. Los más frecuentes: Trastornos del humor, Trastorno Depresivo Mayor (50% de los casos), Trastorno Bipolar II con comorbilidades como alcoholismo; esquizofrenia con adecuado funcionamiento pre mórbido, sin un déficit significativo, primera década de la enfermedad con inicio tardío, post alta de un episodio agudo. Trastornos de personalidad Borderline y Narcisista.

-Triada: antecedentes de trastorno del humor, abuso de sustancias, suicidios en la familia.

-Las causas más frecuente en menores de 30 años: separaciones, rechazo, desempleo, cuestiones legales, trastornos de personalidad, consumo de sustancias. En cambio, los factores más frecuentes asociadas en mayores de 45 años son: soledad por divorcio, separación, viudez o celibato. Historia familiar de trastornos del humor, ser inmigrante o culturalmente diferente, desempleo, jubilación, ausencia de vida social o recreativa.

-Se estima que solo el 20% de los que se suicidan se encontraban en tratamiento psicofarmacológico.

Suicidio vs intentos:

Se considera que por cada suicidio consumado, se producen a nivel casuístico 10 a 25 tentativas. Del 10 al 15% de las personas que lo intentan, consiguen su objetivo.

El suicidio consumado es más frecuente en el hombre. En cambio la tentativa es más frecuente en la mujer, al igual que la ideación, en cambio el pasaje al acto es a la inversa. (3)

Prevención y control

Es posible prevenir los suicidios adoptando medidas a nivel de la población, de determinados grupos poblacionales y del individuo. La OMS ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada LIVE LIFE («Vive la vida») en el que se recomiendan las siguientes intervenciones de eficacia demostrada que se basan en la evidencia:

- Restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (por ejemplo, los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos);
- Educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio;
- Desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida;
- Detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento. (4)

Estas medidas se deben acompañar de intervenciones básicas como un análisis de la situación, la colaboración multisectorial, la sensibilización, la creación de capacidad, la financiación, la vigilancia, y el seguimiento y la evaluación.

Las actividades preventivas exigen la coordinación y colaboración de varios sectores de la sociedad, incluidos los de la salud, la educación, el empleo, la agricultura y la ganadería, el comercio, la justicia, el derecho, las fuerzas del orden, la política y los medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integrales, dado que ningún enfoque puede atajar por sí solo una cuestión tan compleja. (4)

Obstáculos y dificultades

La estigmatización, sobre todo la que se crea en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o tratan de hacerlo y que, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan.

La prevención del suicidio no se ha abordado debidamente porque falta sensibilización sobre la importancia que reviste como problema para la salud pública y por el tabú existente en muchas sociedades que impide tratar sobre él abiertamente. Hasta hoy, solo

unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de sus políticas de la esfera de la salud y solo 38 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica. (4)

Es importante aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús para que los países avancen en la prevención del suicidio.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre esta cuestión, titulado «Prevención del suicidio: un imperativo global», con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública. (4)

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030. (4)

Salud mental

En el mes de Marzo del año 2020, se produjo un fenómeno de impacto mundial que modificaría la vida de todos los individuos, el decreto de Pandemia por virus Sars Covid-19 esto tendría relación directa con el suicidio.

La pandemia de COVID-19 se presentó como la adversidad asociada a las consecuencias socioeconómicas en primera instancia que junto al miedo de contraer el virus y su propagación, tuvieron y tienen un impacto indudable en la salud mental de la población.

A medida que el virus se introduce y avanza en las comunidades

de toda la Región, las medidas de cuarentena domiciliar, el distanciamiento físico, el aislamiento hospitalario, la discontinuidad en los servicios de salud en general y de salud mental en particular, las dificultades para garantizar la disponibilidad continua de medicamentos, las preocupaciones de infectarse e infectar a otros, incluidos los seres queridos, representan factores de riesgo para la salud mental.

El miedo, la tristeza, la ansiedad y la preocupación pueden ser reacciones consideradas comunes y comprensibles que pueden manifestar las personas. En algunos casos, en general una pequeña proporción de la población, estas reacciones pueden llegar a prolongarse y tornarse más graves e incapacitantes, lo que conduce a un aumento de los trastornos mentales entre hombres y mujeres adultos, niñas y niños. Actualmente, la prioridad es salvar vidas, fortalecer las medidas de salud pública, de higiene y saneamiento. Sin embargo, las necesidades emocionales de las personas requieren atención o, de lo contrario, esto puede resultar en una epidemia silenciosa, causando graves daños a las personas, a la sociedad y a la economía. (5)

Se dio lugar a una serie de recomendaciones de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial denominadas (SMAPS) fundamentales, para desarrollar de manera intersectorial en los países y en las comunidades. Se propone utilizar como marco de referencia la pirámide de intervenciones para los servicios de SMAPS del Comité Permanente entre Organismos (IASC). (6-7-8)

La pirámide, ilustra diferentes niveles de apoyo, que varían desde la integración de consideraciones sociales, de seguridad y relativas a las necesidades básicas, hasta la prestación de servicios especializados para el manejo de condiciones más graves, así como la dimensión probable de demanda para cada uno de los niveles establecidos

Figura 1. Pirámide de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) para la COVID-19 tiene como objetivo reducir el sufrimiento y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de personas afectadas por la COVID-19, de manera directa o indirecta. En términos de prevención, es importante señalar que las acciones relativas a la protección de la salud mental que se implementan durante y después de los incidentes críticos son la mejor estrategia para que las reacciones esperables no se conviertan en padecimientos mentales persistentes. (6-7)

El suicidio se puede prevenir, el abordaje y tratamiento temprano de los trastornos depresivos y los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas son intervenciones efectivas para la prevención del suicidio, así como el acompañamiento a quienes han tenido intentos de suicidio, y el apoyo psicosocial en las comunidades donde acontecen.

Eliminar las barreras que dificultan el acceso a la atención en salud mental, limitar el acceso a los medios para suicidarse, brindar información veraz y apropiada sobre el tema en los medios de comunicación y reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda durante el proceso suicida también puede contribuir a prevenir el suicidio. El abordaje debe ser integral y con un enfoque de derechos, el cual implica tener en cuenta procesos históricos, de filiación intergeneracionales, estructuras productivas, perspectiva de género, aspectos interculturales y migratorios, entre otros factores.

Supone, además, un enfoque amplio de la salud en general y del fenómeno de la violencia autoinfligida, en particular. De este modo, la problemática no es competencia exclusiva del sector Salud, por lo que las acciones deben ser múltiples y coordinadas, con eje en lo interdisciplinar, lo intersectorial y la corresponsabilidad, en línea con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (6-7)

Algunas recomendaciones incluyen brindar atención remota o virtual, adaptar y difundir mensajes para la población general en forma permanente y renovada, así como para las poblaciones de mayor riesgo, y capacitar en la temática a trabajadores y trabajadoras de la salud y otros miembros de la comunidad en especial a referentes de la misma (padres, docentes, etc.).

El desafío más grande en la atención, es trabajar lo subjetivo para que el sujeto pueda procesar de alguna manera aquello que vivencia como dolor insoportable. En el proceso de relevamiento psicosocial integral se pretende interpretar un colectivo social a partir del análisis de las personas insertas en él. Es llamado psicosocial porque implica áreas del sujeto que inevitablemente lo colocan en el plano del contacto con los otros. Son aspectos internos que tienen su origen y su construcción en el lazo social. La atención remota tiene en sí misma un valor psicosocial, porque esa situación del llamado implica que el sujeto en cuestión conserva la capacidad de hacer lazo: por eso llama a alguien que no conoce, desde la creencia de que ese otro

puede suplir de alguna manera algo que no está. Es el o la operador/a telefónico/a quien tiene como tarea poder encarnar en su persona el lazo social. Ese vínculo en sí mismo ya resulta reparador de algo que está deteriorado. Entonces, son tres dimensiones que se enlazan, para crear un espacio posible de intervención: lo psicosocial, lo personal y lo vincular. A partir de esos tres aspectos empiezan a recuperarse los otros: el cultural, el comunitario y el familiar, que no estaban presentes al momento del llamado. (7)

Para prevenir eficazmente el suicidio es preciso intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados y los intentos de suicidio. Las diferencias entre los países relativas a los patrones, las tasas y las características de los suicidios, así como a los métodos utilizados, ponen de relieve la necesidad de que cada país mejore la integridad y la calidad de sus datos y la rapidez con que se obtienen. Con ese fin, se deben hacer constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios, y se han de realizar estudios nacionales representativos que recopilen información sobre intentos de suicidio notificados por la propia persona. (8)

MAGNITUD DEL PROBLEMA

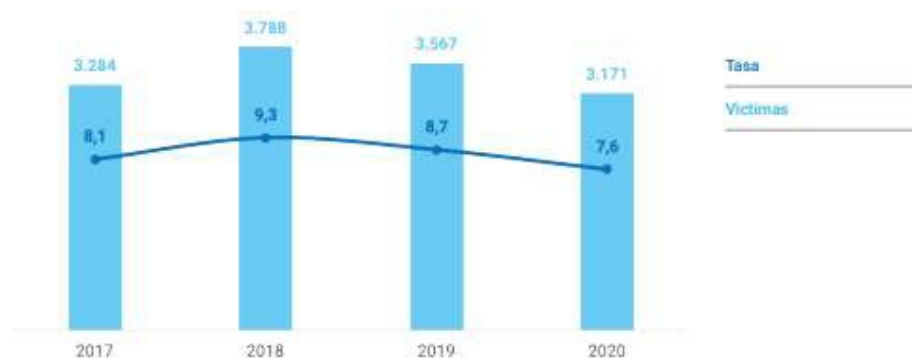
Luego de una extensa revisión bibliográfica, se pudo observar que como datos de relevancia a nivel nacional por medio de un informe realizado por el Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Durante el año 2020 se registraron 3.171 suicidios en el país. Lo que arroja una tasa de 7,6 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años y en 2020 fue la principal causa de muerte violenta en el país. (9)

Como se observa en el gráfico 2 y gráfico 3, durante el año 2020 el registro de hechos de suicidio. Es posible observar que en los años 2017 y 2018, los meses con mayor frecuencia fueron diciembre y noviembre, mientras que en 2019 fueron enero y marzo. En cambio, en 2020 los meses con mayor incidencia fueron noviembre y enero. Si se comparan con 2019, los valores de 2020 son inferiores para todos los meses a excepción de noviembre. (9)

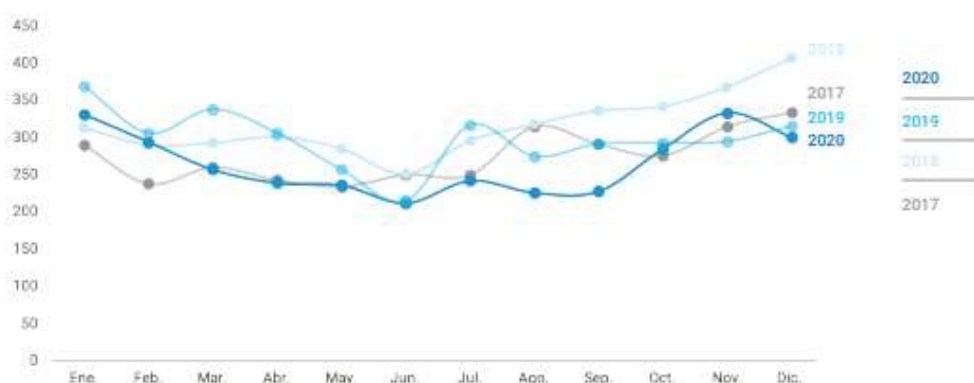
Por otro lado, si se considera la frecuencia por día de la semana expuesta en el gráfico 4, los días con mayor cantidad de suicidios fueron los domingos y los lunes, patrón que se mantiene en todos los años analizados. Dichos días acumulan el 32,6% de los suicidios en los últimos 4 años. (9)

Gráfico 2. Víctimas de suicidios por año (valores absolutos y tasas cada 100.000 habitantes mayores a 5 años). República Argentina. Años 2017-2020



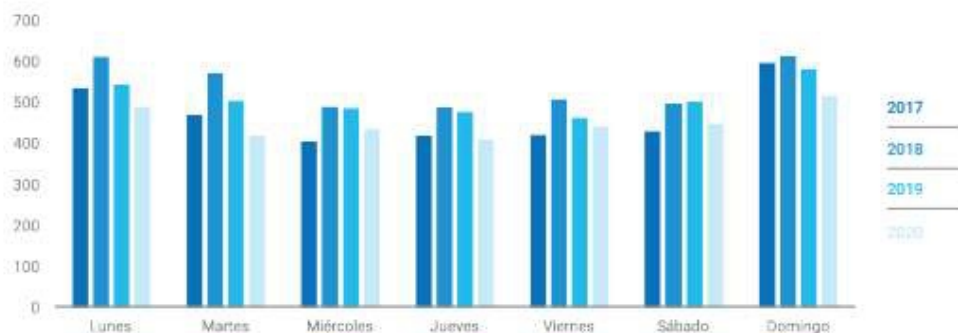
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación e INDEC.

Gráfico 3. Cantidad de suicidios, según mes y año (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Gráfico 4. Suicidios según días en los que ocurrió el hecho (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



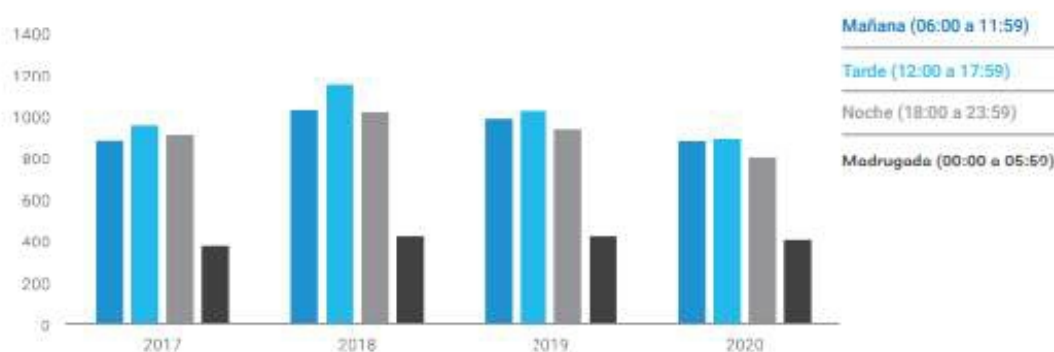
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

En relación al horario en el que ocurrieron los suicidios, el gráfico 5 permite observar que en los últimos 4 años el horario de la tarde (12:00 a 17:59 hs) fue el de mayor frecuencia. Mientras que la mañana (06:00 a 11:59 hs) fue la segunda en importancia en los últimos 3 años. La franja horaria con menor frecuencia fue la madrugada. En los últimos 4 años, los eventos ocurridos durante el horario diurno acumulan el 57,1% de los casos, mientras que 39,0% fueron en el horario nocturno y 3,9% no cuentan con datos relativos al horario.

Caracterización de los suicidios

Respecto al lugar del hecho, la categoría de mayor importancia fue “Domicilio particular” en todo el periodo analizado mientras que la categoría “Vía Pública” ocupó el segundo lugar. La composición de los suicidios según lugar de ocurrencia se mantiene relativamente estable durante los años analizados. (10) En particular, durante 2020 el lugar de ocurrencia predominante fue el domicilio particular registrando 78,1% de los casos. La vía pública ocupa el segundo lugar (11,2% de los suicidios). En conjunto, ambas categorías acumulan el 89,3% del total.

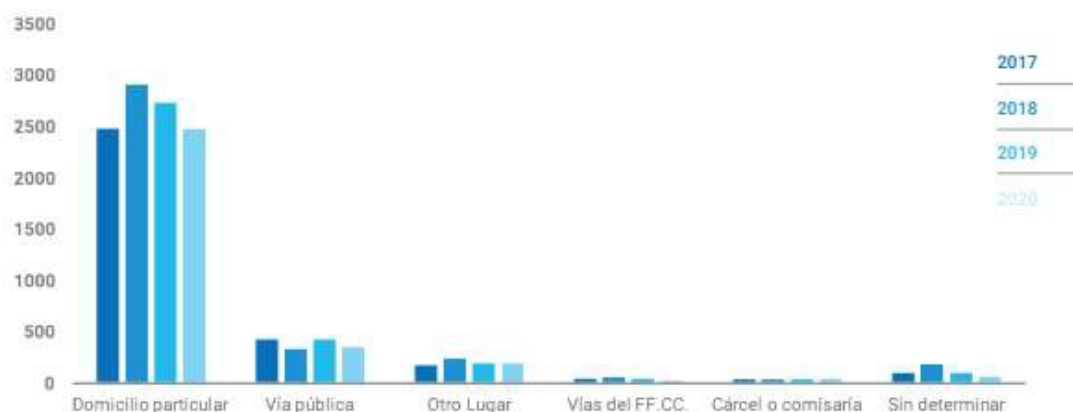
Gráfico 5. Suicidios según franja horaria del evento (valores absolutos). República Argentina. Años 2017-2020



Nota: Del total de casos reportados, 117 (3,6%) en 2017, 127 (3,4%) en 2018, 150 (4,2%) en 2019 y 145 (4,6%) en 2020 no registran datos del horario en el que ocurrió el evento.

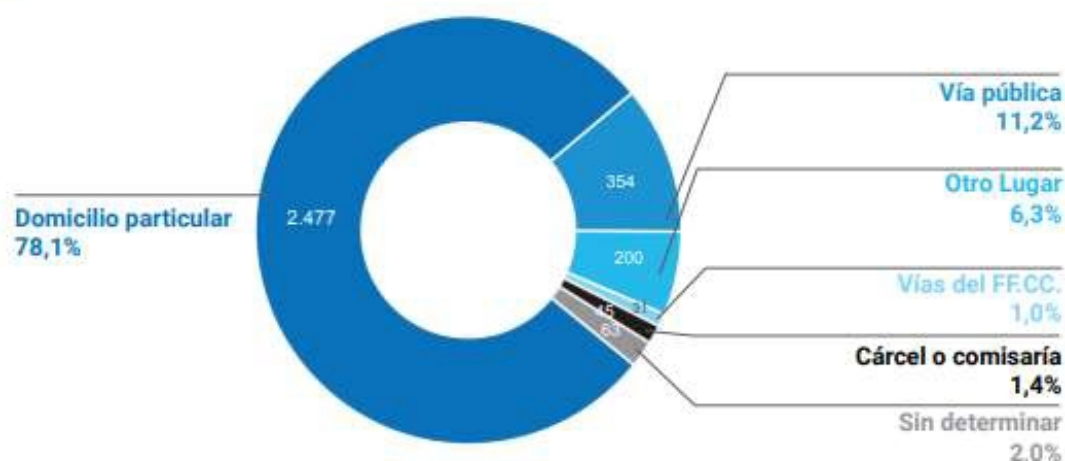
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Gráfico 7. Suicidios por tipo de lugar (valores absolutos). República Argentina. Año 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Gráfico 8. Suicidios por tipo de lugar¹¹ (valores absolutos). República Argentina. Año 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Mecanismo suicida

Conocer el modo o el mecanismo empleado en la puesta en práctica en los casos de suicidio más habituales es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia demostrada, como la restricción del acceso a los medios utilizados.

En el gráfico 11 se puede observar que, la modalidad con mayor frecuencia es el ahorcamiento, aun cuando muestra una baja sostenida durante 2019 y 2020. En segundo lugar se encuentran los hechos producidos con armas de fuego, categoría que también evidenció una baja en los últimos dos años. Se estima alrededor de un 20% de los suicidios se cometen por ingestión de tóxicos (siendo muy frecuente el uso de plaguicidas, en este caso la mayoría de ellos en zonas rurales).

Durante el año 2020, los dos mecanismos con mayor incidencia fueron ahorcamiento con 72,8% de los suicidios, y arma de fuego con 14,3%.

A su vez en la tabla 6 permite visualizar que en el caso de las víctimas de sexo masculino hay una mayor concentración en los métodos de ahorcamiento (73,3%) y en armas de fuego (16,1%). En el caso de mujeres, luego del ahorcamiento (70,9%), la segunda categoría en importancia fue envenenamiento con 7,8%.(11)

Durante el año 2020, los dos mecanismos con mayor incidencia fueron ahorcamiento con 72,8% de los suicidios, y arma de fuego con 14,3%.

A su vez en la tabla 6 permite visualizar que en el caso de las víctimas de sexo masculino hay una mayor concentración en los métodos de ahorcamiento (73,3%) y en armas de fuego (16,1%). En el caso de mujeres, luego del ahorcamiento (70,9%), la

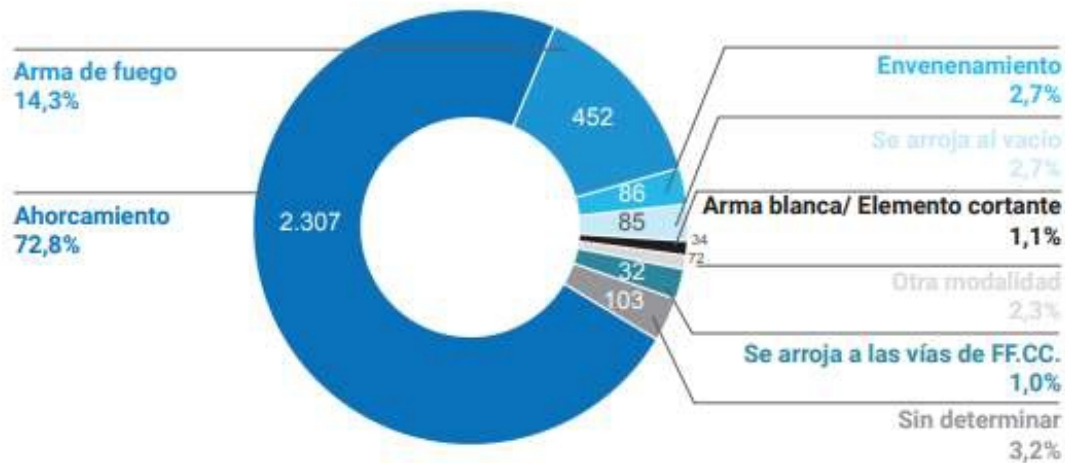
segunda categoría en importancia fue envenenamiento con 7,8%.(11)

Se consideró que para todas las edades inferiores a 80 años el ahorcamiento es el principal método utilizado. Sin embargo, la incidencia de este método disminuye conforme aumenta la edad. Por el contrario, la incidencia de los suicidios llevados a cabo con armas de fuego aumenta con la edad, alcanzando el 45,1% de los casos en la franja etaria de 80 a 84 años. Si se analiza la cantidad de víctimas según el sexo registrado, es posible determinar que en los últimos cuatro años el 79,6% de los suicidas fueron varones. Dicho porcentaje se mantuvo relativamente estable durante el periodo analizado. (11)

Como puede observarse en el gráfico 13, durante el año 2020 se suicidaron 2.546 personas de sexo masculino (80,3%) mientras que fueron 618 personas de sexo femenino las que se quitaron la vida (19,5%) y hubo 7 casos en los que no se dispone de información sobre el sexo (0,4%).(11-12)

Respecto a las edades de las víctimas, en el gráfico 14 es posible observar que tanto en 2019 como en 2020, las franjas etarias con mayor frecuencia fueron de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y de 15 a 19 años. (12).

Gráfico 11. Suicidios por tipo de mecanismo utilizado (valores absolutos y porcentuales). República Argentina. Año 2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Tabla 6. Cantidad y porcentajes de suicidios según lugar de ocurrencia por sexo. República Argentina. Años 2019 - 2020

Modalidad	Femenino		Masculino		Sin determinar	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Ahorcamiento	438	70,9%	1.865	73,3%	4	57,1%
Arma de fuego	39	6,3%	410	16,1%	3	42,9%
Envenenamiento	48	7,8%	38	1,5%	-	///
Se arroja al vacío	28	4,5%	57	2,2%	-	///
Arma blanca / elemento cortante	12	1,9%	22	0,9%	-	///
Se arroja a las vías de FF.CC.	9	1,5%	23	0,9%	-	///
Otra modalidad	18	2,9%	54	2,1%	-	///
Sin determinar	26	4,2%	77	3,0%	-	///
Total	618	100%	2.546	100%	7	100%

Referencias: - Cero absoluto

/// No corresponde

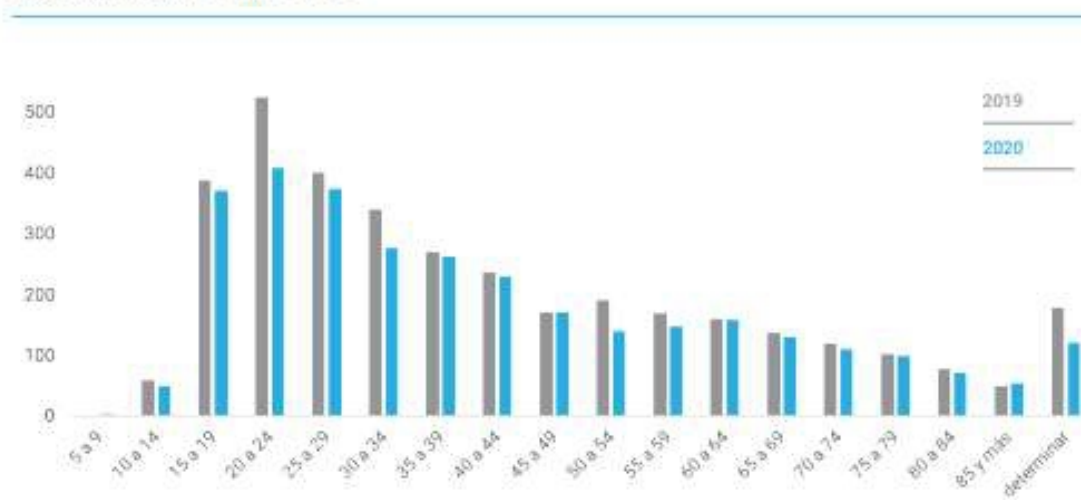
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Gráfico 13. Cantidad de suicidios según sexo, por año (valores absolutos y porcentuales). República Argentina. Años 2017-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Gráfico 14. Cantidad de suicidios según franja etaria (valores absolutos). República Argentina. Años 2019-2020



Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

Se muestra que en 2020 el 36,3% de los suicidios fueron de personas de entre 15 y 29 años. Al analizar la tasa de suicidios por franja etaria, las tasas más altas se dieron en las franjas etarias de 20 a 24 años y de 80 a 84 años. (12)

Para finalizar la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica estadísticas de tasas de suicidios por país estandarizadas por edad. La razón por la que realiza este proceso de

estandarización es que el número de muertes por cada 100.000 habitantes está influenciado por la distribución por edades de la población. A continuación en el gráfico 18, se exponen las tasas por regiones calculadas por la OMS y en el gráfico 19 desagregada por país para la región Américas, para la información disponible de países miembros de la OMS desde el año 2000 hasta el último dato disponible al momento de esta publicación. (13-14)

Tabla 9. Cantidad de suicidios, porcentajes y tasas según franja etaria. República Argentina. Años 2019-2020

Franja etaria	2019			2020		
	Victimas	Porcentaje	Tasa	Victimas	Porcentaje	Tasa
5 a 9	1	0,0%	0	3	0,1%	0,1
10 a 14	59	1,7%	1,7	49	1,5%	1,4
15 a 19	387	10,8%	11	310	11,7%	10,6
20 a 24	522	14,7%	14,8	468	12,9%	11,3
25 a 29	400	11,2%	11,4	373	11,6%	10,5
30 a 34	339	9,5%	10,3	276	8,7%	8,3
35 a 39	269	7,5%	8,6	262	8,3%	8,3
40 a 44	236	6,6%	7,8	229	7,2%	7,4
45 a 49	171	4,8%	6,6	171	5,4%	6,4
50 a 54	190	5,3%	8,5	139	4,4%	6,1
55 a 59	169	4,7%	8,1	147	4,6%	7
60 a 64	159	4,5%	8,5	158	5,0%	8,3
65 a 69	136	3,8%	8,3	130	4,1%	7,8
70 a 74	120	3,4%	9,1	110	3,5%	8,2
75 a 79	102	2,9%	10,8	99	3,1%	10,2
80 a 84	77	2,2%	12,3	71	2,2%	11,1
85 y más	49	1,4%	8,3	55	1,7%	9,3
Sin determinar	179	5,0%	///	121	3,8%	///
Totales	3.567	100%	8,7	3.171	100%	7,6

Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo fue analizar si la incidencia de los suicidios se modificó durante el transcurso de la cuarentena decretada en el año 2020 en relación a las cifras habituales de suicidios en Rosario Provincia de Santa Fe, correspondientes a los años 2017, 2018 y 2019.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un trabajo descriptivo y retrospectivo para comparar las incidencias de suicidios durante los meses de marzo a septiembre del año 2020 con los meses homólogos de los años 2017, 2018 y 2019.

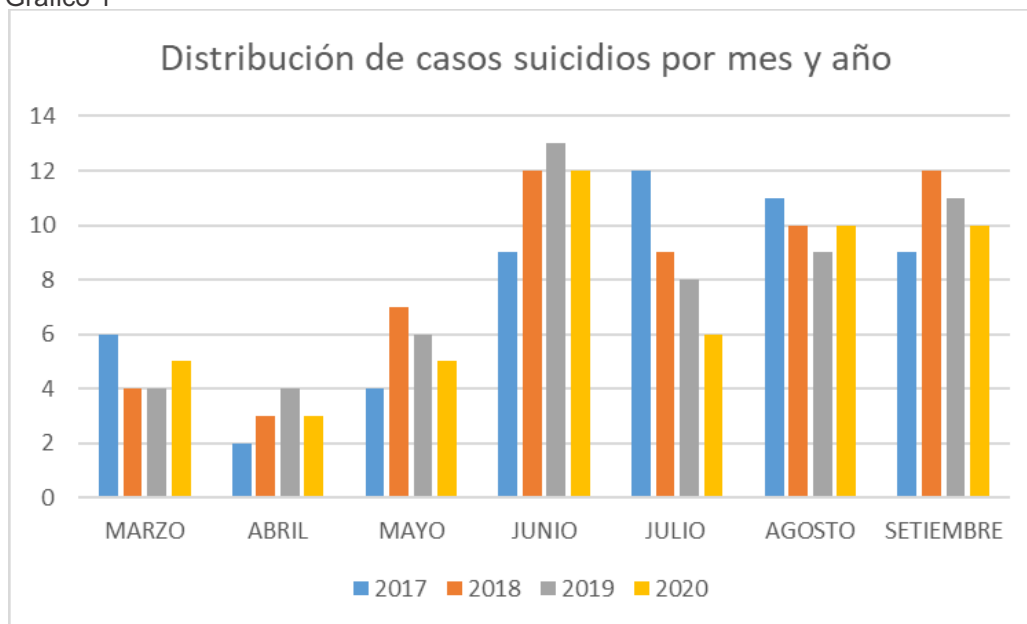
Se reconoce que la disponibilidad y la calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio son insuficientes en todo el mundo. Solo unos 80 Estados disponen de datos del registro civil de calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. El problema de la escasa calidad de los datos, la

notificación insuficiente y la clasificación errónea de los casos de suicidio son, probablemente, las causas más frecuentes. Se considera que las conductas suicidas son una cuestión delicada e incluso ilegal en algunos países. Los datos fueron recabados de fuentes oficiales, correspondientes a la provincia de Santa Fe, ciudad de Rosario, con causa de muerte "suicidio" pertenecientes al período de tiempo bajo estudio.

RESULTADOS

El registro de hechos identificados como "suicidios", desde el mes de marzo a septiembre incluido, del año 2020, en relación con años anteriores (2017 a 2019) en Rosario, provincia de Santa Fe. En el análisis del total de casos el registrado en el 2020 fue de 51 casos, donde se evidenció el menor valor. Observando un promedio mensual de suicidios de 7,3 en dicho año y siendo el año 2018 el de mayor número 8,1 suicidios mensuales.

Grafico 1



Al analizar la distribución por sexo se halló un porcentaje mayor en el sexo masculino representando este porcentaje entre el 75 al 80 % de los casos. En el grafico 2 se observa la frecuencia de suicidios ocurridos en los años 2017-2020 por sexo. Al analizar el modo en que se suicidaron la ahorcadura fue el

modo más frecuente en todos los años estudiados. Grafico 3. Una característica importante es analizar el lugar del hecho, en general este estudio coincide con los hallazgos de la literatura donde se describe que la mayoría se suicida en su domicilio.

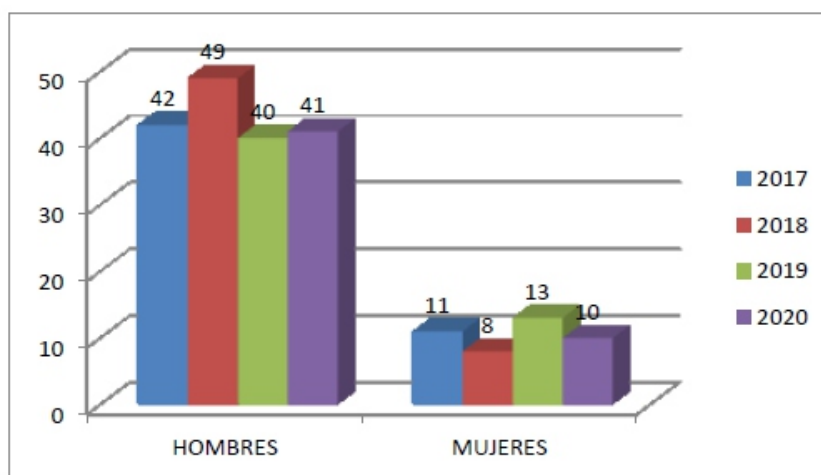
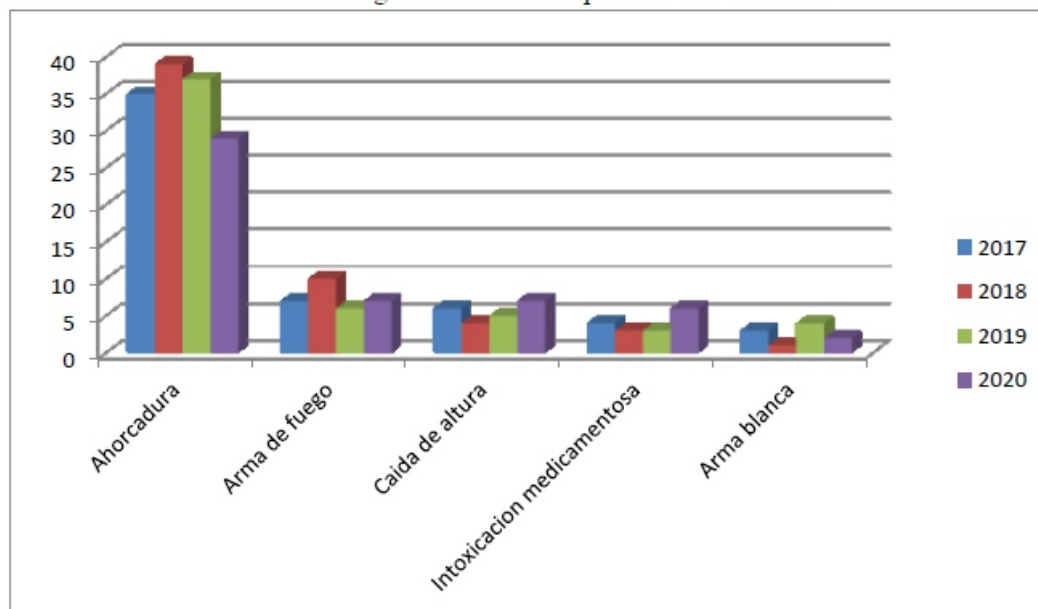


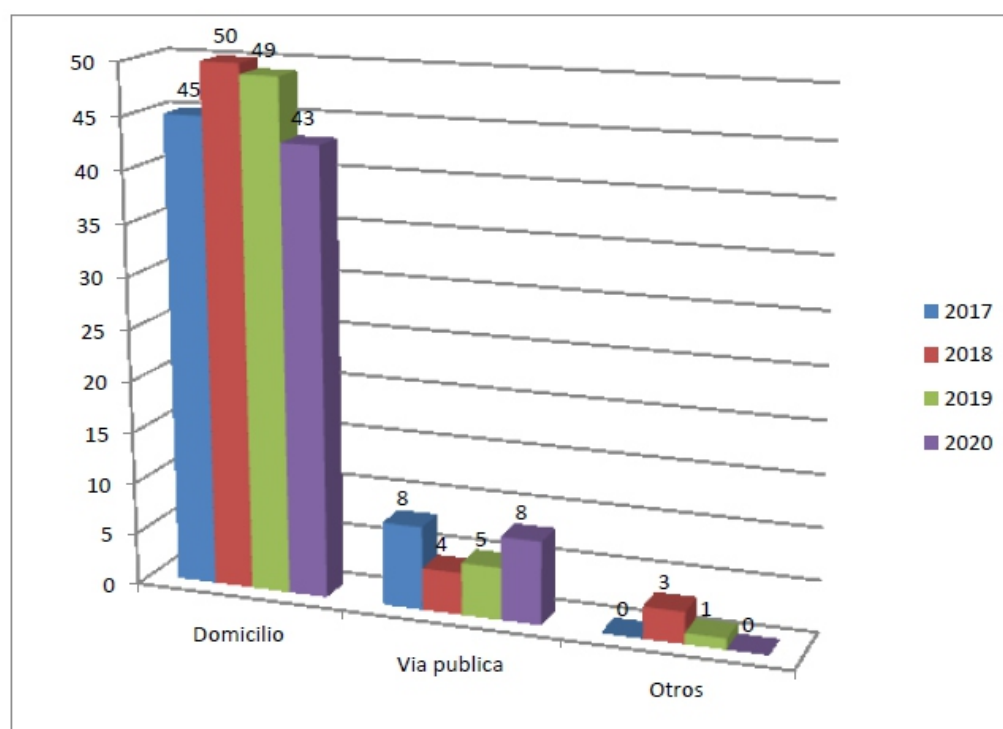
Grafico 2:
Distribución por
sexo de suicidios
ocurridos entre el
2017 -2020

Grafico 2

Distribución de frecuencia según métodos empleados de suicidio. Año 2017-2020.

**Grafico 3**

Sitio de consumación del hecho. Año 2017-2020.



Se describe además el día de la semana en que ocurrió el hecho estudiado y los resultados se muestran en el siguiente gráfico.

En estrecha relación con lo analizado en el marco teórico se analizó la existencia de antecedentes psiquiátricos así como

también elementos importantes para la consideración médico legal como es hallar en el lugar del hecho una nota.

En el gráfico 7 se observa la distribución de frecuencias sobre los aspectos médico legales encontrados.

Grafico 4

Frecuencia de suicidios por día de semana.

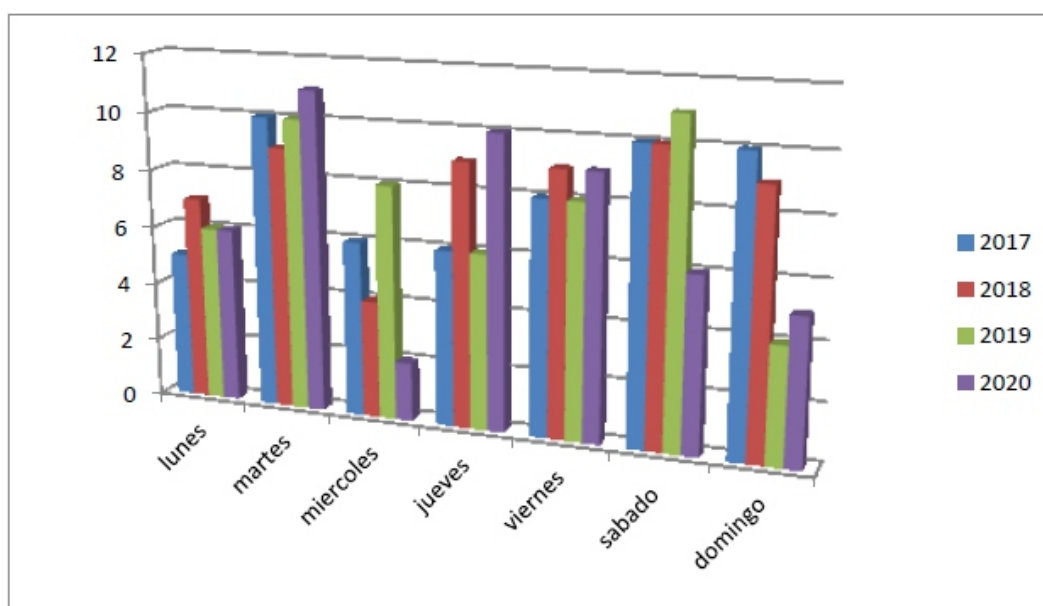


Grafico 5

Horario en que se produjo el deceso "suicidio". Marzo a Septiembre. Año 2017-2020
Rosario Santa Fe.

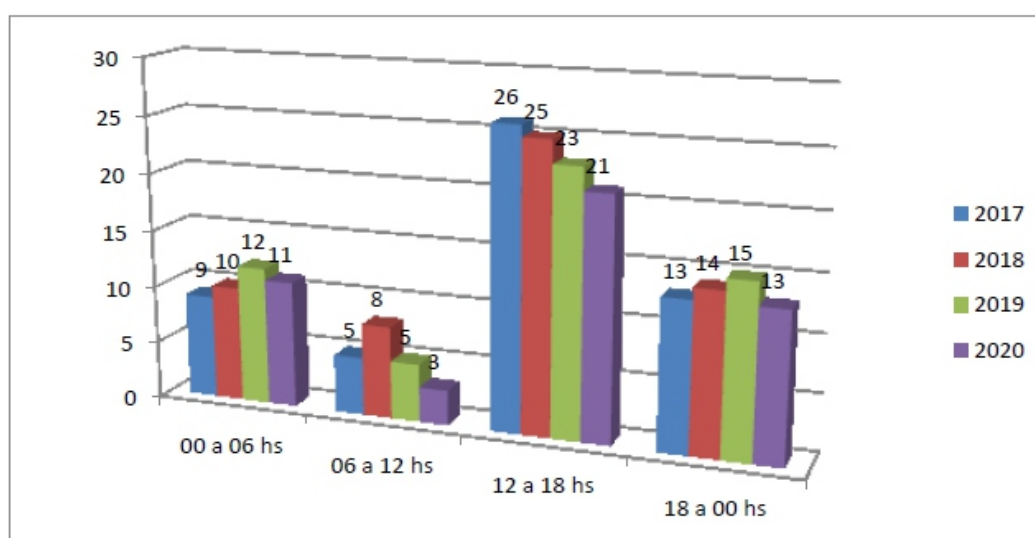
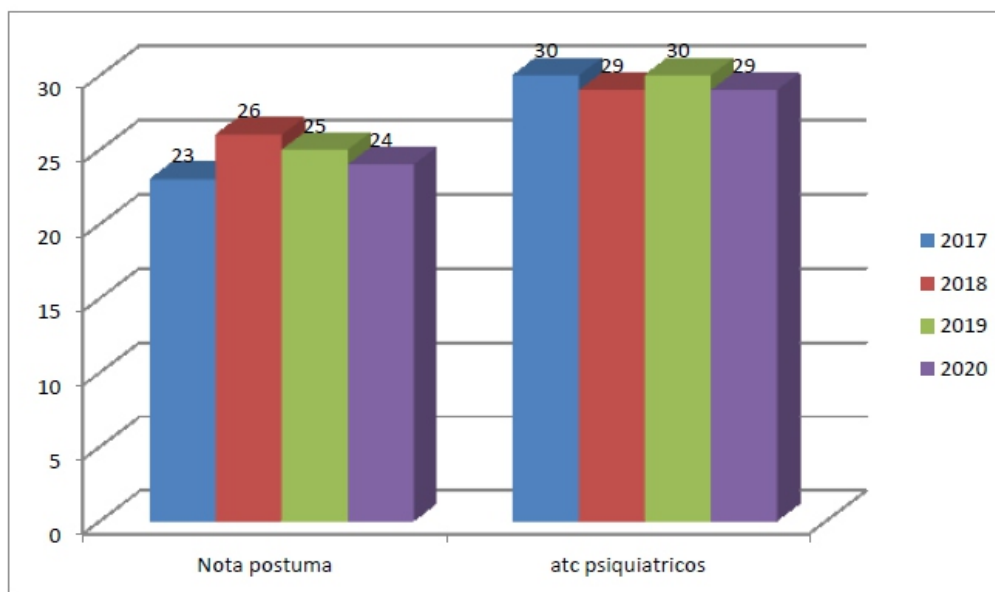


Grafico 6

Elementos de consideración médicos legales presentes en el lugar del hecho. Marzo a Septiembre. Año 2017-2020. Rosario, Santa Fe.

**DISCUSIÓN**

En el relevamiento de datos se pudieron contabilizar un total de 51 suicidios, entre los meses, de marzo a septiembre del año 2020, ubicados en la localidad de Rosario, provincia de Santa Fe.

En los años 2017 se contabilizó un total 53, en el año 2018, 57 y en el año 2019, un total de 55.

Se pudo observar que en el año 2020 alrededor del (80%) fue protagonizado por personas de sexo masculino y un (20%) personas de sexo femenino. Coincidentemente con los datos obtenidos a lo largo de los años 2017/2018/2019.

El mecanismo empleado con mayor frecuencia en el año 2020 con un (52.9%) es la ahorcadura, seguida de (11.7 %) arma de fuego, (5.8%) representa las caídas de altura y en mismo porcentaje el (5.8%) a intoxicaciones medicamentosas y casi en una proporción ínfima se emplea arma blanca.

Se pudo establecer que el lugar donde fue llevado a cabo el desenlace y la consumación del hecho suicidio en el año 2020 fue el domicilio particular en un 84% de los casos, y un 15.6% fue en vía pública; coincidiendo con lo ocurrido en los años 2017 /2018/2019, y con los hallazgos descriptos en la literatura.

Con respecto a los días elegidos por las víctimas para llevar a cabo el hecho, en el año 2020 el día de mayor frecuencia fue, Martes (21.5%) a diferencia del año 2019 y 2018, el día Sábado fue el seleccionado por las víctimas, y el año 2017 mostro que la

mayor frecuencia se dio en los días Martes. El rango horario más reiterado durante el año 2020 fue de 12 a 18 h, (diurno), el mismo rango se destaca a lo largo de los años anteriores estudiados.

Se puede considerar que un gran porcentaje de antecedentes psiquiátricos se encuentran presentes al momento del fallecimiento de la víctima reconociendo que un 53 % los padecía en el año 2020 al igual que en gran porcentajes se encontraban referidos por familiares de la víctima los años 2017/2018/2019.

Es de relevancia conocer que en un 47 % se encontraron en el lugar, junto al cuerpo, notas póstumas en el año 2020 y coincidentemente también fueron hallados en los años 2017/2018/2019.

Para finalizar la frecuencia de suicidios en el año 2020 fue semejante a lo encontrado en los años anteriores (2017/2018/2019).

CONCLUSIÓN

El suicidio es considerado una muerte violenta, siempre, aunque la víctima sea consciente de esa decisión.

En el año 2020 el mundo fue sacudido por una realidad diferente y extrema, que expuso la vulnerabilidad que sufren estas personas generando que este sentimiento sea más intenso; con el aislamiento, la pérdida de la red de contención y la disminución del apoyo de los profesionales dedicados a este tema, no se

observó que la incidencia de suicidios haya sido modificada en los meses estudiados con respecto a los años 2017 a 2019.

Para finalizar, es de suma importancia reforzar las medidas preventivas y focalizar en el acompañamiento de familias y/o personas que han sufrido la pérdida de familiares por esta causa. Para ello se podría tener en cuenta diferentes campañas de concientización sobre el tema, mayor publicidad con respecto a los grupos de contención. Es fundamental que se continúe trabajando en forma interdisciplinaria en diferentes instituciones como por ejemplo: escuelas, sistema penitenciario, barrios periféricos, para lograr el descenso de la tasa por suicidios en forma general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal/universitaria. 6 edición 2003. Otras citas Baechler J. Les suicides. París calman levy 1975 nueva edición 1981; Aries P. Ensayos de la memoria, 1943-1983, grupo editorial norma, Colombia 1996. "Tratado sobre el suicida", (1897).
2. Lemus J. Suicidio, epidemiología y atención de la salud en la Argentina. N 35 1993 OPS de la OMS.
3. Prevención del suicidio instrumento para policías y bomberos. ISBN 978 92 4 159843 9 (Clasificación NLM: HV 6545). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la Salud Ginebra 2009
4. Suicidio - Prevención | Argentina.gob.ar
5. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
6. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
7. Suicidios (Sistema de Alerta Temprana - Suicidios) República Argentina (2017- 2020) Marzo 2022 Secretaría de Seguridad y Política Criminal Dirección Nacional de Estadística Criminal.
8. Suicidio y autolesiones en contexto de pandemia por covid-19 Recomendaciones para equipos de salud.
9. Las presentes recomendaciones fueron elaboradas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Dra. Diana Altavilla, y con la colaboración de: Dirección Nacional de Cursos de Vida del Ministerio de Salud de la Nación o Dirección de Personas Adultas y Mayores o Dirección de Adolescencias y Juventudes Dra. Silvia Bentolil.
10. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf>.
11. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55389>.
12. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>.
13. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54032>.
14. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52713>
15. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Documento de orientación de la OMS. Ginebra: OMS; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.santafe.gob.ar/ms/osp>.
16. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. Debates en medicina social. Quito: Imprenta Non Plus Ultra; 1991.
17. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. México: Alames; 2008 [acceso: 20 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>. 18. <https://www.santafe.gob.ar/ms/osp>.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO EN EL ÁMBITO LABORAL DE ARGENTINA 2010-2020.

DINA JULLIER¹ ; CÉSAR CLAUDIO BENVENUTO²; ESTEBAN IGNACIO VIÑAS³

1.Docente del Posgrado de Medicina Legal. Profesora Adjunta e Investigadora de la Escuela de Medicina, Facultad de Cs Médicas UFASTA, Mar del Plata .Médica Titular de Comisión Médica Jurisdiccional N°12 SRT Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación .Mail:dradijullier@gmail.com ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5870-8229>

2.Co-director de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal de la Facultad de Cs. Médicas, Docente del Posgrado de Medicina Legal, Co-director de investigación de la Escuela de Medicina, Facultad de Cs Médicas UFASTA, Mar del Plata Abogado laboralista Mail cclaudobenvenuto@gmail.com ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4319-615X>

3. Director y Docente del Posgrado de Medicina Legal, Director de Investigación de la Escuela de Medicina en el Proyecto de Medicina Laboral de la Facultad de Ciencias Médicas la Universidad F.A.S.T.A., Mar del Plata; Profesor de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la misma Casa de altos Estudios; Abogado especializado en Criminalidad Económica y de la Empresa por las Universidades Nacional de Mar del Plata (Argentina) y Castilla La Mancha (España), Juez de la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, autor de libros, ponencias y publicaciones de su disciplina Mail:estebanignaciovina@gmail.com ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-3935-2284>

I.Introducción

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte e incapacidad en la República Argentina y en el resto del planeta. En los Indicadores básicos Argentina 2020, la mortalidad por esta causa es cercana al 45% de todas las causales de muerte. Ajustada “La tasa de mortalidad bruta (B) fue de 222,31/100.000 habitantes y ajustada por edad (A) 180,67/100.000⁴”. Así, resulta esperable que sus expresiones agudas, los llamados Síndromes Coronarios Agudos (SCA: Angina Inestable e Infarto Agudo de Miocardio)⁵ y/o la muerte súbita ocurran en el ámbito laboral, en el lugar y en ocasión del trabajo o “in itinere” ¿Hasta qué punto la teoría legal empleada para aceptar o denegar la naturaleza laboral de la contingencia es consistente con el conocimiento médico actual sobre la materia? ¿Bajo qué circunstancias puede considerarse un Síndrome Isquémico Agudo o Muerte súbita en el lugar y ocasión del trabajo como un Accidente de trabajo? Ha sido una práctica constante la de entender y dictaminar que la Cardiopatía Isquémica en cualquiera de sus formas clínicas es una Enfermedad Inculpable, o sea, no resarcible ni atribuida a causas laborales, por su multicausalidad

La legislación argentina laboral vigente no contempla taxativamente la cardiopatía isquémica como accidente de trabajo (Ley 24.557, Decreto 659/96). En cuanto Enfermedad Profesional, la restringe a casos probados de exposición a

determinados agentes químicos, como Nitroglicerina, Sulfuro de Carbono y otros, que integran el listado de Enfermedades Profesionales y no la describe en relación a “stress” o “strain” laboral (Decreto 49/2014. Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97 y sus Modificaciones.)

Por otra parte, la muerte súbita en el ámbito laboral -que en la práctica es debida a cardiopatía isquémica en la gran mayoría de los casos- ha sido tratada de manera anárquica tanto en la evaluación por parte de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, como de las Comisiones Médicas y del Foro Laboral. Sin embargo, existen casos en los que un episodio súbito y violento en el lugar y ocasión del trabajo actúa como “gatillo” e inicia la cadena del accidente de placa que desemboca en un síndrome coronario agudo: angina de pecho, injuria isquémica, infarto agudo de miocardio o muerte súbita en ese ámbito⁶. Muchos de ellos cumplirían las condiciones para ser considerados accidentes de trabajo, ameritan ser denunciados y deberían ser resarcibles. Hasta el momento, la resolución de estos casos no ha seguido un criterio uniforme en las distintas instancias, dada la ausencia de un protocolo específico, a nuestro juicio. Ha quedado a merced del parecer individual del actuante en Comisiones Médicas como del “iura novit curia”⁷ que se adjudicaron los Juzgados y la CSJN.

4. Ministerio de Salud Pública. Presidencia de la Nación. OPS. OMS., 2020, p.11

5. La definición de Síndrome Coronario Agudo, la consensuada por la Sociedad Argentina de Cardiología y la de Infarto Agudo de Miocardio, la Tercera y Cuarta definición Universal de Infarto Agudo de Miocardio (2012-2018)

6. (Mervyn S. Gotsman 2009)

7. iura novit curia “es una aforismo latino, que significa literalmente “el juez conoce el derecho”, utilizado en derecho para referirse al principio de derecho procesal según el cual el juez conoce el derecho aplicable y, por tanto, no es necesario que las partes prueben en un litigio lo que dicen las normas.

Los objetivos son:

-Analizar la regulación de la materia en legislación comparada de otros países con sistemas similares, como España y Chile y Colombia, con el objeto de visualizar modelos más avanzados y equitativos que justificarían una propuesta de reforma legislativa.

-Examinar los criterios técnico-científicos en instancias administrativas y en Sentencias Judiciales y exponer sus contradicciones, en cuanto a que un infarto agudo de miocardio (IAM) ha sido o no un accidente de trabajo, en particular y en general, sobre todos los Síndromes isquémicos agudos.

II. Material y Métodos

Estudio, descriptivo, Interpretativo. La Jurisprudencia se buscó en las bases de Datos ERREIUS, LA LEY, EL DERECHO, y Rubinzal Culzoni, como registros de diferentes tribunales y biblioteca de Cortes Nacional y provinciales; lo mismo respecto de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, en buscadores de la web, publicaciones especializadas y notas en los medios en los que se menciona el tema.

La selección de los países, en materia de la legislación comparada se realizó en torno a la ratificación y vigencia de los convenios de la OIT: “Dentro del repertorio de recomendaciones prácticas sobre el registro y la notificación de los accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales”(MERNAD/1994/2-OIT), en los casos de Argentina, Colombia, Chile cuyos contextos socioeconómicos, Baremos y Jurisprudencia laboral son similares, en contraste con España, donde lo relevante es la Jurisprudencia Española que viene aceptando desde 1970 que el Síndrome Coronario Agudo califique como accidente laboral.

En el ámbito del Derecho comparado se han analizado las leyes y decretos reglamentarios de Chile, España y Colombia. En éste último país, estas patologías están expresamente incluidas en los baremos de accidentes de trabajo y enfermedad laboral, mientras que en los dos primeros ocurre lo mismo que en Argentina. Sin embargo, su tratamiento tanto en organismos similares a las Comisiones Médicas y Jurisprudencia no es igual que aquí. En España, desde 1987 se ha verificado que hay numerosos fallos del Superior Tribunal que reconocen a estas patologías como enfermedad o accidente laboral. En el caso de Chile se está interactuando con Cortes de Apelación. Y, finalmente, respecto de los dos últimos países mencionados, se ha entablado contacto para entrevistar a integrantes de organismos similares a las comisiones médicas, para conocer el tratamiento de la situación en instancias administrativas.

III. Desarrollo

1. Análisis marco legal y jurisprudencia de argentina:

La Corte Suprema de Justicia de la Nación en autos “DIAZ, Timoteo C/ VASPIA SA⁸”, el 07/03/2006 expuso que en la prestación laboral, el empleado asalariado aporta su fuerza de trabajo y ésta depende directamente de su integridad física.-

Dicha circunstancia tiene dos implicancias: 1) el nivel de exposición de su cuerpo, en tanto medio o instrumento de los trabajadores para ganarse la vida, es alto, y 2) que el riesgo de un deterioro físico implica la marginación total o parcial de la actividad económica al perder en esa medida la posibilidad de seguir utilizando su cuerpo para obtener el sustento.

El bien jurídico protegido por el sistema de infortunios laborales está entonces conformado por la vida y la salud de los trabajadores, y a ello debe atender el Estado.

Por otra parte el art. 6 de la ley 24557, determina que se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3° de la ley, agregando que las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción que en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo, con un procedimiento específico para cada caso.

Es evidente, entonces, que el sistema cerrado de la ley 24557 al determinar que un trabajador sólo se encuentra posibilitado de ejercer una acción reparativa por una disminución de su capacidad laboral con causa en una enfermedad, cuando la misma está expresamente incluida en el listado de enfermedades que la autoridad administrativa confecciona al efecto, resulta por demás injusto.

De sostenerse esa interpretación de la norma, surgiría la situación que el trabajador que padezca de una enfermedad no listada, y adquirida en ocasión del trabajo, no tendría acceso a ninguna acción reparativa, por lo que la ley obtendría el efecto contrario a sus objetivos: operaría como impedimento para la reparación de un sinnúmero de resultados dañinos en trabajadores dependientes por enfermedades adquiridas en ocasión del trabajo.

Tal situación de injusticia obliga, en el caso de la patología que lleva a realizar este trabajo, a la inclusión de la misma en el listado de enfermedades cubiertas por el régimen de la ley 24557 en el marco del art 6 de esa norma. Ello es así, porque acuerdo a los fundamentos ya referidos sostener el derecho de igualdad consagrado por el art. 16 de la CN, y evitar un perjuicio del trabajador al excluirlo del sistema de reparación integral por el sólo hecho de no incluir en el listado administrativo una patología cuya causa o agravamiento se encuentra vinculada en forma expresa a la prestación laboral subordinada. En ese sentido, el procedimiento del Decreto 1278/2000 no ha aportado solución alguna a esa problemática porque resulta de casi imposible cumplimiento para el trabajador.

De esa manera, si interpretamos que el art. 6 de la ley 24557 de forma tal que se considere que el sistema previsto en ella regiría exclusivamente para aquellas enfermedades derivadas del

8. CSJN Fallos: 329:473 .

trabajo que figuran en el listado, se excluirían injustamente aquellas enfermedades con nexo causal en el trabajo no contempladas en el listado y se las privaría de la posibilidad de resarcimiento. Se trata de las calificadas como “enfermedades extra – sistémicas”, es decir fuera del sistema de la ley 24557, que tienen una acción con autonomía esgrimible en función del art. 75 de la LCT, por lo que debe interpretarse que, al margen de las patologías incorporadas en el listado, existe una obligación genérica de resarcimiento que es más amplia que el listado dictado en función del art. 6 de la ley 24557 y que encuentra su causa en el art. 75 de la LCT. La postura que se sostiene en el presente trabajo resulta no sólo de la enunciación genérica del art. 6 de la ley 24557, sino de los términos del decreto 1278/2000, por medio del cual se evidencia que el listado de enfermedades dictado en función del citado art. 6 no es taxativo, sino que puede ser ampliado en cuanto se esté ante la evidencia de una incapacidad laboral cuya causa se encuentre en una enfermedad adquirida en ocasión del trabajo. El art. 75 de la LCT prescribe un deber de seguridad a cargo del empleador, cuyo incumplimiento es causa de la obligación de reparar el daño causado.

La calificación de “daño” a la que remite el art. 6 de la ley 24557, a nuestro entender no debe limitarse a la posibilidad de reparación a las patologías incluidas en un listado, en tanto el decreto 1278/2000 prescribe que ese listado no es taxativo, permitiendo el reconocimiento de otras enfermedades no previstas en el mismo, de manera tal que ante todo daño a la salud del trabajador producido en ocasión del trabajo, aún cuando la enfermedad no esté contemplada en un listado, puede requerirse su reparación con causa en el contrato que vincula a las partes y las obligaciones que del mismo se derivan a tenor del deber de seguridad del art. 75 de la LCT.

En síntesis, resultan resarcibles no sólo los daños previstos en forma específica en el art. 6 de la ley 24557, sino también los devenidos en los términos del art. 75 de la LCT. En ese sentido se ha expedido el Tribunal del Trabajo nº 5 del Dto. Judicial San Isidro en la causa “SUAREZ, Rodolfo C/ MOLINOS CABODI HNOS S.A.º S/ Enfermedad” al resolver que “...el artículo 49, disposición adicional primera, incurrió en una intromisión avasallante del ámbito de la LCT al modificar el artículo 75 de dicho cuerpo legal, que es un derivado operativo del principio general del buen empleador, no limitando el cumplimiento de ciertos preceptos básicos en materia de higiene y seguridad, sino extensivo a todas las obligaciones implícitamente asumidas...el listado de enfermedades profesionales que aprueba el decreto 658/96 reconoce, en su preámbulo, que puede existir una multicausalidad, en tanto una misma enfermedad puede traer distintas causas o factores laborales y extra laborales que actúan al mismo tiempo y que contribuyen al desencadenamiento, con lo cual está admitiendo la realidad de las enfermedades accidente ... la multicausalidad a que se refiere el laudo MT 156/96, así como el decreto 658/96, remite a la concausa...”.

9. Ver fallo del 24/6/1998, TySS 1888.1219

10. Ver CSJN 18/12/2007, Rev LL 7/2/2008.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación también ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre esta cuestión en los autos “SILVA, Facundo C/ UNILEVER DE ARGENTINA SA”¹⁰, al referir los Dres. Fayt y Petracchi en sus votos que “La ley de riesgos de trabajo de 1995 es incompatible con el orden constitucional y normas de carácter suprallegal – art. 75 inc. 22 de la Constitución – en cuanto ha negado todo tipo de reparación al trabajador víctima de una enfermedad que guarda relación de causalidad adecuada con el trabajo, por el solo hecho que aquella no resulta calificada de enfermedad profesional en los términos de dicha norma ... el descarte de la responsabilidad del empleador que consagra la Ley de Riesgos del Trabajo respecto de las enfermedades no tipificadas aunque guarden relación de causalidad adecuada con el trabajo constituye en sí mismo un elemento distorsionante de la relación laboral, en claro apartamiento de los lineamientos constitucionales que se orientan en dirección a la protección del trabajador y no de su desamparo, siendo condición inexcusable del empleo que éste se preste en condiciones dignas y que se garantice el estricto cumplimiento de las normas de seguridad, tanto en general, como en lo que concierne a las propias de cada actividad...”

De acuerdo a ello, consideramos que corresponde apartarse de la interpretación restrictiva del art. 6 de la Ley de Riesgos del Trabajo que llevaría a la existencia de un criterio hermético y autosuficiente por el que sólo serían enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado y ampliarlas a este tipo de patologías.

En el voto de la mayoría de la Corte federal en autos “SILVA, Facundo C/ UNILEVER DE ARGENTINA SA”, se ha señalado que “para la procedencia de la acción de derecho común debe probarse la existencia de los presupuestos de responsabilidad civil, razón por la cual si se demuestra que una enfermedad está vinculada casualmente a un hecho antijurídico, la acción procede con independencia del listado que prevé la ley de riesgos del trabajo, que obedece a un régimen especial, diferente del derecho común...”.

De acuerdo con la doctrina citada se rechaza la base de sustentación del cuerpo normativo de la ley 24557, al considerar que no resarcir las enfermedades que no están en el listado – más allá de que reconozcan, en el caso puntual, nexo causal con el factor laboral – contradice un precepto constitucional, ya que el legislador no puede establecer normas que violenten el principio de no dañar consagrado en el art. 19 de la Constitución Nacional. El ya referido decreto 1278/2000 prevé que puede ser considerada enfermedad profesional aquella que las Comisiones Médicas declaren por excepción, como consecuencia directa e inmediata de la ejecución del trabajo, pero también es cierto que esa norma establece un procedimiento que no es poco menos que un laberinto con múltiples escollos, muy difíciles de sortear para un trabajador.

A su vez, a partir del mismo la situación jurídica sobre

enfermedades profesionales tendría un marco dado por la permanencia del listado que regula la ley 24557, que sigue siendo taxativo y limitado a los efectos de la aplicación automática de la ley – salvo declaración de inconstitucionalidad del art. 6 – y por el otro lado tiene un marco de derecho generado por la reparación del derecho común sobre las enfermedades no contempladas en el listado o sobre los agravamientos de las contempladas.

2. Analisis legislacion comparada:

a.Colombia¹¹:

Colombia es un país que dispone de una avanzada y completa legislación sobre seguridad y salud en el trabajo, a pesar de que sólo ha suscrito 7 de los 24 Convenios de OIT relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo; el Convenio 155 sobre seguridad y salud. En la Constitución de 1991, se consagra el trabajo como valor y derecho fundamental (artículo 53). El trabajo es el pilar esencial del Estado Social de Derecho¹².

En materia de enfermedades y riesgos del trabajo rige desde 1994 el Dec. Ley 1295, modificado en el 2012 por la ley 1.562 denominada “Sistema General de Riesgos Laborales” definido como: “...el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales...”.

El art. 3° define como accidente de trabajo: “...todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servidos temporales que se encuentren en misión...”.

Por su parte, el art. 4° define como enfermedad laboral: “...la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica –(cada tres años) a través de los Ministerios de Salud y Protección Social y Trabajo y el CONSEJO NACIONAL DE RIESGOS LABORALES, ver parágrafos 1 y 2- , las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes...”.

Esta última norma consagra el principio que la enunciación no taxativa de lo que se consideran enfermedades laborales (aquellas que son producto de la exposición a factores de riesgos inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador está obligado a laborar), pues no sólo se comprenden aquellas que enumera el Ministerio de Salud del Gobierno Nacional en una tabla específica, sino también cuando se demuestra la relación de causalidad de una patología con factores de riesgo ocupacional.

Específicamente, el Decreto 1477 de 2014. Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales, que modificada por Dec. 676/2020, establece: Artículo 1. Tabla de Enfermedades Laborales. El presente decreto tiene por objeto expedir la Tabla de Enfermedades Laborales, que tendrá doble entrada: i) agentes de riesgo, para facilitar la prevención de enfermedades en las actividades laborales, y ii) grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados. La Tabla de Enfermedades Laborales se establece en el anexo técnico que hace parte integral de este decreto. Artículo 2. De la relación de causalidad. En los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional, será reconocida como enfermedad laboral. Artículo 3. Determinación de la causalidad. Para determinar la relación causa-efecto, se deberá identificar: 1. La presencia de un factor de riesgo en el sitio de trabajo en el cual estuvo expuesto el trabajador, de acuerdo con las condiciones de tiempo, modo y lugar, teniendo en cuenta criterios de medición, concentración o intensidad. En el caso de no existir dichas mediciones, el empleador deberá realizar la reconstrucción de la historia ocupacional y de la exposición del trabajador; en todo caso el trabajador podrá aportar las pruebas que considere pertinentes. 2. La presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente relacionada causalmente con ese factor de riesgo.

En la Tabla de enfermedades laborales reconocidas al 2020 se verifica que en el capítulo VIII referido a “Enfermedades del

11. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>

12. www.centro-virtual.com/recursos/2019a07m06dc@v3p@r@1v3st1g@c10n/gesti@nss.pdf

13. [Decreto 1477 de 2014 \(actualizado\) - Nueva tabla de enfermedades \(safetya.co\)](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1477-de-2014-actualizado-Nueva-tabla-de-enfermedades-safetya.co)

14. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650&r=1>

sistema cardiovascular y cerebro vascular” se encuentra expresamente incluida el “infarto agudo de miocardio”.

b.Chile:

En Chile rige, desde el 1/02/1968 (con modificaciones en los años 1972, 1979, 1980, 1981, 1983, 1988, 1989, 1995, 1996, 2005, 2006, 2008 y 2011), la Ley 16.744, denominada “Ley sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”.

En su artículo 5° define como “accidente de trabajo”: “...toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente dice relación con el trabajo al que se dirigía el trabajador al ocurrir el siniestro. Se considerarán también accidentes del trabajo los sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales. Exceptúanse los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima. La prueba de las excepciones corresponderá al organismo administrador”.

Y en el art. 7 define como “enfermedad laboral”: “...la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El Reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Esta enumeración deberá revisarse, por lo menos, cada tres años. Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. La resolución que al respecto dicte el organismo administrador será consultada ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud...”.

En este país no están contempladas las cardiopatías aquí investigadas como enfermedad o accidente laboral, en el listado o baremos de patologías así reconocidas por el Ministerio de Salud, por lo que su reconocimiento depende de lo que se actúa en las instancias administrativas y judicial.

c.España:

Según la tesis doctoral de la Dra. María Teresa Piné Cáceres¹⁵, ya en el año 2015 se estimaba que en España “el Síndrome Coronario Agudo (SCA), se encuentran entre las primeras causas

de Incapacidad Temporal (IT)... se registran cada año 23.000 bajas laborales por enfermedad cardiovascular, siendo la causa más frecuente de IT tras la lumbalgia y la depresión...”.

El 30/10/2015 se dictó el Decreto Real Legislativo n° 8/2015¹⁶ (publicado en el B.O.E. bajo el n° 261 del 31/10/2015 con entrada en vigor a partir del 02/01/2016) que crea el actual Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social o LGSS, en el que se regula el régimen español de protección social.

En el art. 156 se define accidente de trabajo y sus contingencias protegidas, destacando a los fines del presente trabajo las siguientes previsiones:

1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
b) Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

a) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que no guarde

15. Piné Cáceres M.T. “Estudio Comparativo del Síndrome Coronario Agudo Laboral y no laboral”, Departamento de Oftalmología, Optometría, Otorrinonaringología y Anatomía Patológica Universidad de Murcia España 2015

16. BOE.es - BOE-A-2015-11724 Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Texto actualizado al 23/03/2022: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>

relación alguna con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

b) Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

5. No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

a) La imprudencia profesional que sea consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se derive de la confianza que este inspira.

b) La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

En el art. 157 se define enfermedad laboral como: "...la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad..."

De acuerdo con su régimen, cuando un trabajador no puede continuar desempeñando su actividad laboral, bien por una enfermedad común o tras haber sufrido un accidente laboral, inicia periodos de Incapacidad Temporal (IT) de duración determinada según la patología que presente, hasta que se encuentra apto para incorporarse a su trabajo. Esta incapacidad puede obedecer a diversas contingencias, distinguiéndose entre las que son de origen común (enfermedad común y accidente no laboral), y aquellas cuyo origen obedece a causas profesionales (enfermedad profesional y accidente laboral). En caso de que la patología en cuestión sea considerada contingencia común (CC), la asistencia sanitaria corresponde al Servicio Público de Salud, sin embargo, si el proceso tiene carácter laboral, son las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MUCOSS), conocidas como Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). Asimismo, las prestaciones económicas, tanto de la Incapacidad Temporal como de la Incapacidad Permanente (IP) en el caso de que el proceso finalice con secuelas, serán distintas según sea considerado el proceso como laboral o común.

Las Mutuas se definen como asociaciones voluntarias de empresarios privados, debidamente autorizadas y constituidas con el único objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social. Entre sus funciones más importantes destacamos la

gestión de las prestaciones derivadas de las Contingencias Profesionales, Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente, Muerte y Supervivencia, así como de asistencia sanitaria derivada de la Incapacidad Temporal.

El 10/11/2006 se aprobó en España el Real Decreto nº 1299/2006 («BOE» núm. 302, de 19/12/2006 que comenzó a regir el 01/01/07, actualizado el 05/5/2018¹⁷) por el que crea el CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES donde no están expresamente incluidas la cardiopatía isquémica ni el infarto de miocardio, por lo que cobra particular relevancia lo que, al respecto, se decide en la Justicia Española.

Así, desde 1970, pero ya con mayor certeza desde hace dos décadas que la jurisprudencia española viene aceptando que una patología cardíaca como el Síndrome Coronario Agudo, se califique como accidente laboral.¹⁸

José F. Blasco Lahoz¹⁹ hace un análisis minucioso de la Jurisprudencia del Supremo Tribunal Español, tanto acerca de la enfermedad laboral en general, como del infarto de miocardio, en particular, señalando que: "...ha admitido la posibilidad de que lesiones de carácter no violento puedan ser originadoras de contingencia laboral, calificando como tal no sólo la acción súbita y violenta de un agente exterior sobre el cuerpo humano, sino también las enfermedades en determinadas circunstancias (STS de 18 de junio de 1997). Así, cabe la existencia de accidente de trabajo en los supuestos de enfermedades del trabajo, de enfermedades agravadas por el trabajo o de enfermedades intercurrente. Tienen la consideración de accidente de trabajo las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, que no tengan la calificación de enfermedades profesionales y que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo como causa exclusiva la ejecución del mismo (art. 115.2 e) de la LGSS). En la determinación de estas enfermedades, el Tribunal Supremo insiste en que es imprescindible la existencia de un nexo causal entre la enfermedad y el trabajo realizado, que, además, debe ser probado suficientemente y de forma exclusiva por el trabajador (STS de 24 de mayo de 1990), bien porque se trate de una patología que por su propia naturaleza excluya la etiología laboral, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúan aquel nexo causa..."

Y sobre el SCA, puntualmente expone que: "...existe una reiterada doctrina del Tribunal Supremo que versa sobre el infarto de miocardio y las enfermedades isquémicas. En ella prima la aplicación de la presunción de laboralidad para la calificación de dichas enfermedades como accidente de trabajo, para cuya destrucción sería necesario que la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de una enfermedad que

17. BOE.es - BOE-A-2006-22169 Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

18. Ver al respecto la tesis doctoral ya citada de la Dra. Piné Cáceres;

19. Blasco Lahoz, José Francisco F. (2010). "Interpretación del concepto de accidente de trabajo por el tribunal supremo. Gestión Práctica De Riesgos Laborales", 70, 12:

por su propia naturaleza excluya la etiología laboral, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal (STS de 16 de diciembre de 2005)...”.

Y que: “...Así, se ha venido considerando accidente de trabajo el infarto de miocardio provocado o inducido por las tareas de gran esfuerzo físico que realizaba el trabajador (STS de 15 de febrero de 1996, Rec. 2149/1995), o el infarto (SSTS de 25 de marzo, de 1985; 7 y 10 de marzo, 8 de abril, 6 de mayo y 20 de julio de 1987; 5 de julio de 1988; 15 de febrero de 1996; 27 de febrero y 14 de julio de 1997; 23 de enero de 1998; 18 de marzo de 1999; 11 de julio de 2000; 24 de septiembre de 2001; y 27 de septiembre de 2007), angina de pecho (SSTS de 18 de junio de 1997 y 23 de julio de 1999.), dolor retroesternal (STS de 23 de noviembre de 1999.), trombosis (STS de 7 de octubre de 2003), crisis de taquicardia (STS de 13 de octubre de 2003), dolor torácico y manifestación anginosa (STS de 16 de junio de 2004), o TCE consecuencia de una crisis comicial (STS de 27 de febrero de 2008), que se producen en tiempo y lugar de trabajo...).

Pero también aclara que: “...Sin embargo, el Tribunal Supremo no ha considerado la existencia de accidente de trabajo cuando se produce un infarto de miocardio en un supuesto de situación de disponibilidad cuando el trabajador debe estar localizable, porque de una enfermedad profesional previa como consecuencia de la lesión constitutiva la contingencia laboral, puesto que en el art. 115.2 f) (léase 156 2 f) de la LGSS se establece expresamente que tendrán la consideración de accidente de trabajo las enfermedades que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Lo determinante aquí es que los efectos incapacitantes se produzcan o pongan de manifiesto con ocasión o como consecuencia del trabajo que se venga desarrollando a través de un suceso repentino calificable de accidente de trabajo, y lo relevante a efectos de aquella norma no es que el traumatismo ponga de manifiesto una enfermedad clínica, sino que produzca una incapacidad hasta entonces inexistente (STS de 25 de enero de 2006)...”.

Y en cuanto al accidente de Trabajo, el mismo autor analiza que: “El Tribunal Supremo califica como accidente laboral aquel en el que, de alguna manera, concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con que el nexo causante, indispensable siempre en algún grado, se dé sin necesidad de precisar su significación, mayor o menor, próxima o remota, concausal o coadyuvante, y debiendo otorgarse dicha calificación cuando no aparezca acreditada ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y padecimiento. La excepción es cuando concurren hechos de tal relieve que sea evidente la absoluta carencia de aquella relación (STS de 7 de marzo de 1987 y 5 de julio de 1988). Como regla general, la relación de causalidad deberá ser probada, aunque se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo (art. 115.3 de la LGSS). Queda únicamente desvirtuada

cuando hubieran ocurrido hechos de tal relieve que sea evidente, a todas luces, la absoluta carencia de relación de causalidad entre el trabajo que el operario realiza, con todos los matices psíquicos y físicos que lo rodean, y el siniestro. El Tribunal Supremo ha dictaminado que la noción de tiempo de trabajo no se reduce al tiempo de prestación efectiva de servicios, abarcando también el período intermedio de la actividad laboral, entre la jornada de mañana y tarde, que el trabajador emplea para comer en el lugar de trabajo (STS de 9 de mayo de 2006). La presunción legal de laboralidad de las lesiones acaecidas durante el tiempo y el lugar de trabajo cede ante la presunción judicial, atendidos los antecedentes clínicos del afectado, de que la lesión es debida a enfermedad común (STS de 16 de abril de 2004)...”.

Y puntualizó respecto de cuadros cardiológicos como accidentes laborales que: “...en los últimos años el alto tribunal ha reconocido la existencia de accidente de trabajo, liberándose al trabajador de la prueba del nexo causal en el supuesto de una trombosis (STS de 7 de octubre de 2003), de una crisis de taquicardia (STS de 13 de octubre de 2003) o de un infarto de miocardio (STS de 22 de enero de 2007), sufridas en tiempo y lugar de trabajo, así como en el supuesto de fallecimiento de un trabajador de la construcción en la obra en que trabajaba durante la pausa de la comida, puesto que no queda desvinculada la lesión de trabajo realizado. Sería un contrasentido negar la calificación como profesional al accidente ocurrido en tales circunstancias y reconocerla al sufrido por el trabajador en la trayectoria de su domicilio al centro de trabajo, también en tiempo intermedio de inactividad laboral para alimentarse, originado por causas desconectadas con el funcionamiento de la empresa (STS de 9 de mayo de 2006) ...”.

Pero dejó a salvo que: “...Por el contrario, el Tribunal Supremo no ha admitido tal calificación en el supuesto de un infarto de miocardio sufrido por el trabajador en los vestuarios del centro de trabajo con anterioridad al inicio de su jornada laboral. No es suficiente para aplicar la presunción de laboralidad con que el trabajador se halle en la obra cuando ocurre el infarto, que es lugar de trabajo a estos efectos. El término legal «tiempo de trabajo» contiene una significación más concreta, equivalente a la del art. 34.5 del Estatuto de los Trabajadores. Está referida a la necesidad de que el operario se encuentre en su puesto de trabajo, en el que se presume que se ha comenzado a realizar algún tipo de actividad o esfuerzo—físico o intelectual— que determina una más fácil vinculación del accidente con el trabajo y por ello opera la presunción citada (SSTS de 28 de abril de 1983, 6 de octubre de 2003, 20 de diciembre de 2005, 14 de julio de 2006 y 25 de enero, Rec. 33641/2005, y 14 de marzo de 2007, Rec. 4617/2005.), o cuando se ha sufrido en el domicilio del trabajador que se encuentra en situación de guardia localizada o de disponibilidad permanente (SSTS de 7 de febrero de 2001 y 9 de diciembre de 2003)...”.

En relación a los accidentes “in itinere” Blasco Lahoz destaca que: “...el Tribunal Supremo no admite la existencia de

accidente laboral en el origen de una afección cardíaca y el trabajo en determinados supuestos: cuando no consta que en el camino desde el domicilio al trabajo se hubiera producido acontecimiento que haya podido actuar como factor desencadenante de la crisis que determinó la muerte del causante (STS de 30 de junio de 2004); en el caso de un infarto de miocardio que provoca el fallecimiento de un trabajador cuando se dirigía desde su domicilio al lugar de trabajo, si no es posible relacionar los síntomas del infarto, verdadera causa de la muerte, con el trabajo (STS de 30 de mayo de 2003, Rec. 1639/2002)... De igual forma, el Tribunal Supremo tampoco admite la existencia de contingencia de trabajo en el supuesto de una embolia producida cuando el trabajador se dirigía a su domicilio después terminarla jornada y una vez fuera, aunque en las proximidades, del centro de trabajo, puesto que la presunción del art. 115.3 (léase 156.3) de la LGSS sólo es aplicable a las dolencias aparecidas en tiempo y lugar de trabajo y no a las que se manifiestan en el trayecto de ida o vuelta (Las dolencias no derivan directamente de la ejecución del contenido de la relación de trabajo, quedando así el accidente “in itinere” considerado como accidente laboral únicamente cuando las dolencias se producen como consecuencia de una acción súbita y violenta, correspondiente al sentido vulgar y tradicional del accidente, STS de 16 de julio de 2004)...”.

IV. Conclusión:

Se ha analizado la regulación de la materia en legislación comparada de otros países con sistemas similares, como España y Chile y Colombia, con el objeto de visualizar modelos más avanzados y equitativos que justificarían una propuesta de reforma legislativa. En Chile ocurre lo mismo que en Argentina, en Colombia estas patologías están expresamente incluidas en los baremos laborales; en España, si bien no están incluidos en baremo, son reconocidas por la Justicia Española contando con abundante jurisprudencia.

Es necesario contar con herramientas técnico científicas relevantes y definiciones sólidas y actualizadas en el cuerpo del Baremo y sus Decretos Reglamentarios. Lo mismo respecto de datos de necropsia en todos los casos de muerte súbita en ocasión y lugar del trabajo e “in itinere” aparece como una propuesta de valor, así como también la de ponderar los factores de riesgo de los trabajadores y el tipo de labor que desarrollan para tomar las medidas preventivas necesarias (Basso et al, 2017).

De igual manera, los síndromes isquémicos agudos deberían definirse de acuerdo a los criterios actuales: Tercera y cuarta definición universal del infarto de miocardio, (Thygesen Kristian et al, 2012), determinar cuándo se trata de accidente de trabajo o enfermedad profesional no relacionada a agentes químicos y modificar los apartados correspondientes. La aparición súbita de SCA: síntomas y signos electrocardiográficos típicos evolutivos, alteraciones enzimáticas, lesiones compatibles con

accidente de placa/placa complicada en la coronariografía y la evolución o no a infarto agudo de miocardio, con independencia del tratamiento instituido, en ocasión y momento del trabajo o “in itinere” merecen ser considerados accidente de trabajo. No así, por ejemplo, los cuadros que aparecieran bien alejados de dicho momento y ocasión.

La muerte súbita en esas circunstancias obliga a practicar una necropsia completa a fines de establecer las causas. Si los hallazgos son compatibles con IAM en fases tempranas y se demuestra placa complicada, deberá ser considerada accidente laboral. (Castelá García et al, 2013:36).

La lectura de los fallos de la justicia laboral en el contexto local lleva también a concluir que la ausencia de una base técnico-científica sólida, conduce a sentencias encontradas y dispares y no pocas veces, basadas en pericias con fundamentos endeble. Esto podría evitarse en el futuro de contar con Protocolos específicos, definiciones actualizadas y la inclusión de estas afecciones huérfanas, a la Ley de riesgo de trabajo. En ese sentido, el procedimiento del Decreto 1278/2000 no ha aportado solución alguna a esa problemática porque resulta de casi imposible cumplimiento para el trabajador. Tal situación de injusticia obliga, en el caso de la patología que lleva a realizar este trabajo, a la inclusión de la misma en el listado de enfermedades cubiertas por el régimen de la ley 24557, en el marco del art 6 de esa norma. Existen antecedentes: mediante el Decreto 1167/2003, fueron incorporadas al listado el Hantavirus (Fiebre hemorrágica con Síndrome Renal y Síndrome Pulmonar) y el Trypanosoma Cruzi (solamente en su fase aguda), con posterioridad las várices primitivas bilaterales, la hernia discal Lumbo-Sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario y las hernias de pared abdominal directas, mixtas y crurales, han sido agregadas mediante el Decreto 49/2014 como Enfermedades Profesionales. De igual modo, de cumplir con los criterios de inclusión claramente establecidos, una propuesta de Reforma Legislativa, permitiría incluir al Síndrome Coronario Agudo (SCA) y la Muerte súbita (MS) de causa isquémica como Accidente de Trabajo en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales (Decreto N° 659/96) y la Cardiopatía isquémica como Enfermedad Profesional, además de la ya existente, en el LEP (Decreto 658/96). Consecuentemente, las técnicas sustitutivas del vacío legal serían prescindibles, lográndose mayor coherencia entre las resoluciones de la instancia Médico-Administrativa, las de la Justicia laboral y los Tribunales de Alzada, lo que significa Equidad y Justicia para las/los trabajadoras/es y/o sus derechohabientes en el contexto de aplicación de una normativa legal que incorpore las afecciones cardiovasculares de referencia

Bibliografía

Área de Consensos y Normas Sociedad Argentina de Cardiología (2020) Consenso de Síndromes Coronarios Crónicos 2020 – Versión resumida –Rev Argent Cardiol 2020;88(Suplemento 5):1-14.

<https://www.sac.org.ar/consenso/sindromes-coronarios-cronicos-2020-version-resumida/>

Idem Rev Argent Cardiol Vol 88 Suplemento 6 / 2020.

<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/11/consenso-88-6-1.pdf>

Castellá García J., Medallo Muñiz J., Marrón Moya, T. (2013) Aspectos médico-legales de la muerte súbita cardíaca Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(A):30-37

<https://www.revespcardiol.org/en-pdf-S1131358713700645>

Decreto 49/2014 Riesgos del Trabajo Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones.

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pepst/files/2017/02/Decreto-49-2014-Listado-de-Enfermedades-Profesionales.pdf>

Ministerio de Salud Pública. Presidencia de la Nación. OPS. OMS. (2020). Indicadores Básicos Argentina Piné Cáceres, M. T. (2015). Estudio comparativo del síndrome coronario agudo laboral y no laboral. Proyecto de investigación

[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Pine+Caceres%2C+M.T.+%282015%2F+Tesis%3A+Estudio+comparativo+del+s%C3%ADndrome+coronario+agudo+laboral+y+no+laboral&btnG=-----Thim, T., Hagensen, M. K., Bentzon, J. F., & Falk, E. \(2008\). From vulnerable plaque to atherothrombosis. Journal of internal medicine, 263\(5\), 506–516. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01947.x](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Pine+Caceres%2C+M.T.+%282015%2F+Tesis%3A+Estudio+comparativo+del+s%C3%ADndrome+coronario+agudo+laboral+y+no+laboral&btnG=-----Thim, T., Hagensen, M. K., Bentzon, J. F., & Falk, E. (2008). From vulnerable plaque to atherothrombosis. Journal of internal medicine, 263(5), 506–516. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01947.x)

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., ... & Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Journal of the American College of Cardiology, 72(18), 2231–2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038>

EL MALTRATO ANIMAL COMO INDICADOR DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

PATRICIA LILIANA GALLARDO

Médica MP 7865

Especialista Jerarquizada en Medicina Legal

Especialista en Violencia Familiar

Especialista en Docencia Universitaria

Médica Forense - Poder Judicial Pcia. de San Luis

Decana Facultad de Ciencias Médicas - UCCuyo sede San Luis

Introducción

El presente escrito se basa en la experiencia de trabajo con equipos interdisciplinarios forenses que abordan la problemática sociocultural de las diversas manifestaciones de Violencia en contexto Intrafamiliar y de Género, principalmente en la observación de los malos tratos propinados por las personas hacia los animales de compañía que surgen durante el desarrollo de la pericia médico legal de víctimas y en la investigación criminal del delito Femicidio.

Se aclara que en este trabajo no se detalla la palabra “mascota” puesto que, se acompaña la idea difundida por las organizaciones protectoras de animales acerca de considerar a un animal como un integrante más de la familia, proporcionando de este modo una nueva categoría dentro de la tipología de familias, es decir, la “familia multiespecie” o “familia interespecie” y no ubicar al animal en un lugar de lejanía y fuera del espacio doméstico.

Por lo expuesto, nos interpela a reflexionar sobre la posibilidad de incorporar a un profesional de las Ciencias Veterinarias al equipo interdisciplinario forense, estimando el valioso aporte de esta disciplina durante la investigación de los hechos de violencias de género e intrafamiliar, puesto que, durante el desarrollo de las pericias médico legales realizadas en las instalaciones de Cuerpo Médico Forense tanto de Poder Judicial como de Policía Científica, a las poblaciones más vulnerables compuestas por niñas/niños, adolescentes, adultas mayores y las diversidades genéricas, se han recabado datos específicos y alarmantes relacionadas con situaciones violentas padecidas por animales de compañía.

Maltrato animal

Es relevante incorporar el enfoque de la Criminología en el análisis del maltrato animal, ya que la violencia ejercida hacia

animales de compañía suele ser resultado de frustraciones o traumas, y en muchos casos este comportamiento se aprende en el ámbito familiar o escolar, especialmente durante la infancia y adolescencia. Aunque este texto no se centra totalmente en el estudio del maltrato animal, investigaciones en Psicología, Psiquiatría y Criminología han evidenciado que tanto personas que cometen asesinatos seriales como quienes perpetran masacres manifestaron conductas crueles hacia animales en su juventud, motivadas por el deseo de causar sufrimiento o muerte. La experiencia en equipos interdisciplinarios e interinstitucionales de las Ciencias Forenses, con un abordaje integral que recurre a la perspectiva de género, el pensamiento complejo y la visión multidimensional, ha permitido identificar y recolectar datos precisos sobre el maltrato animal, tanto en la anamnesis como en la investigación criminal del lugar del hecho de Femicidio o lugar de hallazgo del cadáver. Esta información se analiza y clasifica para relacionarla con factores de riesgo, enmarcándola como indicadores de violencia intrafamiliar. Posteriormente, estos datos se incorporan en los informes periciales solicitados por la fiscalía y se orienta la activación de dispositivos de protección. Asimismo, se sugiere al instructor judicial la incorporación de peritos veterinarios, ya sea de la lista oficial, de centros veterinarios o del plantel docente de Facultades de Ciencias Veterinarias, tanto públicas como privadas.

En este contexto, se propone clasificar los actos violentos contra animales en visibles (por acción) e invisibles (por omisión). Los actos visibles incluyen desde diversas lesiones como equimosis por puntapié o golpes de puño, excoiaciones por arrastre, heridas cortantes por el uso de arma blanca, fracturas con o sin desplazamiento por uso de un elemento contundente o por caídas desde altura, heridas por arma de fuego, quemaduras (agua

caliente, por cigarrillos), asfixia por compresión extrínseca de cuello (estrangulación a lazo o manual), asfixia por sumersión (ahogamiento en piletas/bañeras), hasta utilizarlos con fines sexuales, entre otros. Los actos invisibles abarcan la falta de controles veterinarios, ausencia de higiene, de alimentación o agua, aislamiento mediante cadenas o sogas, y falta de cuidado físico, como recorte de uñas o pelaje.

A partir de lo redactado, surge la pregunta: ¿es posible realizar la valoración de riesgo en animales considerando tipo, cantidad de indicadores y tiempo de exposición?

Por último, es esencial identificar tanto las dependencias estatales encargadas de abordar esta problemática, como el Programa Protenencia del Ministerio de Salud, el Observatorio del “Vínculo Humano-Animal” de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), y diversas ONGs nacionales e internacionales, así como el marco legal vigente representado por la Ley Nacional N° 14.346, que a decir de L. Velasco (2022), el derecho animal constituye una rama autónoma vinculada a otras por su característica de transversalidad, cuya mirada se enfoca únicamente en la naturaleza física, psíquica, social de los animales no humanos con sus necesidades propias, que no tienen que ser similares a las nuestras.

Violencia Vicaria

Es oportuno mencionar en este capítulo las nuevas y complejas formas de ejercer violencia hacia la mujer, perpetrado por el varón de manera indirecta, esto es, contra todo aquello que es apreciado y valorado por la víctima, sólo por causar sufrimiento. Estamos frente a la denominada violencia “vicaria”, término acuñado por Sonia Vaccaro en el año 2012, quien la define como “aquella violencia contra la mujer, desplazada sobre personas, objetos y posesiones de ella para dañarla de forma vicaria. Y cuya máxima expresión es el asesinato de las hijas y los hijos”. La autora sostiene que el victimario los convierte en un instrumento para infligir daño de características irreversibles, dirigido principalmente a su pareja o expareja, con el fin único de “matarla” en vida. Este desplazamiento de la violencia puede ocurrir una vez que la mujer decide separarse del agresor, por tanto, éste comienza a maltratar a sus hijas e hijos, llegando incluso a quitarles la vida (homicidio agravado por el vínculo), situación que no es interpretada por el operador judicial como un hecho de maltrato infantil, sumado que, mediante una resolución judicial, obliga a niñas/niños y adolescentes a convivir o mantener vínculos con el victimario. En este marco, es necesario que profesionales de diversas especialidades realicen una evaluación de riesgo al grupo familiar completo (López, 2024), puesto que, es posible la articulación entre la violencia vicaria y la violencia institucional debido a las resoluciones judiciales que obligan tanto a hijas como a hijos retomar el contacto con su agresor sin tener en cuenta la respuesta negativa de los mismos. Ahora bien, en este contexto se debe reconocer que la crueldad hacia los animales de compañía y el maltrato infantil están

íntimamente relacionados (Buompadre, s.f.), ya que el agresor utiliza esta herramienta para controlar emocionalmente a la víctima, quien decide no denunciarlo o retrasar la huida para proteger a la familia interespecie. Por su parte, Celia Miranda (2024) agrega la importancia que tienen los animales en la vida de las mujeres víctimas de violencia doméstica, sufriendo aquellos también todo tipo de malos tratos, configurando una víctima más de la violencia instrumental. En esta línea, Magro Servet (2023) considera que enfrentamos a un nuevo tipo de violencia vicaria denominada como “maltrato vicario a los animales en la violencia de género, que el agresor ejercerá ante la sospecha de desobediencia por parte de cualquier integrante de la familia.

Es relevante destacar el reconocimiento de la violencia vicaria hacia los animales de compañía en el marco legal español, pues el 28 de marzo del 2023 se modificó la Ley Orgánica 01/1995 del Código Penal en materia de maltrato animal como circunstancia agravante en el ámbito de la violencia de género.

Por lo expuesto, es sustancial destacar las necesidades que expresan las mujeres víctimas una vez que acceden a los dispositivos de protección puesto que, dan cuenta de su preocupación por el lugar donde permanecerán sus animales de compañía. Es cierto, que existen algunas entidades protectoristas de animales que analizan la situación y aseguran el bienestar animal al seleccionar y convocar a familias de acogida.

Conclusiones

Frente a la detección de indicios por maltrato animal durante la escucha activa de las víctimas de violencias de género e intrafamiliar y en la inspección ocular del lugar del hecho en delitos de Femicidio, es importante analizarlos desprovista de prejuicios, mitos, creencias, naturalización de la violencia y determinantes de género, clasificarlos y fundamentarlos para que el operador de justicia los considere como prueba relevante, reconociendo de esta manera el área de estudio de la victimología animal y la necesidad de un status jurídico – legal por ser aquel un sujeto de derechos, que en palabras de Zaffaroni (2011) en la obra “la Pachamama y el humano”, el bien jurídico tutelado en este tipo de delitos, posee autonomía y es el propio animal quien tiene derecho a no ser objeto de la crueldad humana. En consecuencia, apoyándose en este marco y sin el enfoque sexista, el Sr. Juez podrá dictar una sentencia ejemplar.

Hemos de considerar que nuestros animales de compañía son seres sintientes, que son parte de la población vulnerable, que integran el núcleo familiar y la comunidad toda, y además están dotados de derechos. Por tanto, debemos visibilizar el incremento de la violencia en nuestra sociedad contra los animales, empoderarlos a través de las disposiciones legales, fortalecer los vínculos con los humanos e implementar dispositivos de asistencia de las víctimas de malos tratos.

Claro está, que deben continuar con las investigaciones acerca de

las variables que influyen para que un niño/niña/adolescente que es cruel con los animales de compañía más adelante lo sea también hacia los humanos, principalmente en el ambiente doméstico.

Con el fin de prevenir las violencias es necesario conocer que la crueldad hacia los animales de compañía no es inofensiva, puesto que, es una señal de alarma que debemos aprender a detectar cuando una persona está abusando de los animales. Por lo expuesto, considero imprescindible la incorporación al equipo de investigación forense, un/una profesional de las Ciencias Veterinarias.

Bibliografía

Ascione, F.R. (1996). Domestic violence and cruelty to animals. *The Latham Letter*, volumen (17), pp. 14-16.

Recuperado de

http://www.latham.org/Issues/LL_96_WI.pdf#page=1

Ascione, F.R., Weber, C.V., & Wood, D.S. (1997). El abuso de los animales y la violencia doméstica: Encuesta Nacional de Refugios para mujeres que son maltratadas. Recuperado de

http://www.vachss.com/guest_dispatches/ascione_1.html

Esbec E. y Echeburúa E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas españolas de psiquiatría*, volumen (38) pp. 249-261.

Recuperado de URL:

http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/49878/

Freud S. (2019). Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid: Editorial Verbum. Recuperado de

<http://www.tuanalista.com/DatoMuestra.php?Id=1050>

Knight, Z. (2006). Some thoughts on the psychological roots of the behavior of serial killers as narcissists: an object relations perspective. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, volumen (34), pp. 1189-1206.

Recuperado de <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.10.1189>

Ley Nacional 14346/54. Recuperado de

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/153011/norma.htm#:~:text=Se%20Establecen%20Penas%20para%20las,de%20Crueldad%20a%20los%20Animales.&text=ARTICULO%201%C2%BA%20%2D%20Ser%C3%A1%20reprimido%20con,de%20crueldad%20a%20los%20animales>

Real Academia Española (2023). Diccionario de la lengua española (edición del tricentenario) de

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=crueldad

Velasco, L. C. (2022, diciembre). Algunas cuestiones sobre victimología animal. *Revista Pensamiento Penal*, volumen (451). Recuperado de www.pensamientopenal.com.ar

Vermeulen H. y Odendaal J. (1993). Proposed Typology of companion animal abuse. *Anthrozoös*, volumen (6) pp. 248-257. Recuperado de

<https://doi.org/10.2752/089279393787002178>

Zaffaroni, E.R. (2011). *La Pachamama y el humano*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Ediciones Colihue.

EL ROL DEL PERITO PSIQUIATRA EN LA CIRCUNVENCIÓN DE INCAPAZ

AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ

Médico especialista en psiquiatría, bioética y medicina legal. Abogado diplomado en derecho penal y procesal penal. Máster en administración de justicia. Doctor en medicina. Profesor Adjunto (I) de la Facultad de Derecho (UBA). Docente Autorizado 1a Cátedra de Medicina Legal (UBA). Coordinador Académico Carrera de Especialización en Medicina Legal de la Universidad Isalud.

Introducción

La capacidad de la víctima en la estafa y otras defraudaciones

La dogmática penal moderna, en particular dentro de la teoría de la imputación objetiva, ha avanzado en la posibilidad de que el comportamiento de la víctima defina o codetermine el ilícito penal y su eventual exclusión (Rusconi, 2016, pág. 417).

Esta consideración se encuentra íntimamente conectada con el principio de subsidiariedad penal, también llamado de mínima intervención o ultima ratio. En esta línea, la noción de imputación a la víctima tiene un efecto reductor sobre el derecho penal. Pero resulta más compleja, puesto que, a diferencia de otros principios generales del derecho, que pueden derivarse del principio de legalidad, el principio de mínima intervención es un principio de política criminal que resulta más abierto a debate.

Desde una mirada opuesta, sostiene Roxin que “no debe castigarse en aquellos casos en que el Estado tiene a su disposición medios menos graves para la superación de conflictos sociales, pero no que tenga que renunciar a su intervención cuando el propio ciudadano se pudiera proteger”. “La extensión del principio de subsidiariedad a las posibilidades de autoprotección del ciudadano desconocería que los ciudadanos, entre otras cosas, justamente han incorporado el poder penal, para descargarse de las tareas de protección: 'donde vigila el ojo de la ley' el individuo puede dedicar sus energías a su desarrollo en vez de mero aseguramiento de su personalidad” (citado en Rusconi, 2016, pág. 419).

Así, si nos enrolamos en esta corriente ideológica de Roxin y la proyectamos sobre el tipo penal de la estafa, llegaríamos a la conclusión de que no le es exigible al ciudadano obrar con prudencia y diligencia en sus negocios, ya que el Estado asumiría, desde el derecho penal una obligación fuerte de tutelarlos de todo posible abuso, criminalizando tales conductas, quitándole relevancia a la idoneidad del ardid y al error imputable a la negligencia del sujeto pasivo como excluyentes de la tipicidad.

Contra esto, Rusconi, sostiene que el rol del Estado, en ejercicio del poder punitivo penal, debe justificar su injerencia en los conflictos en aquellos casos en que la puesta en peligro de un bien

jurídico excede las reales posibilidades de la víctima de proteger adecuadamente sus propios derechos, y siempre y cuando esa protección no exceda los límites de tolerancia exigibles a todo ciudadano, y le impongan una carga o distorsión excesiva de su vida. En síntesis, no le es exigible al ciudadano (como hombre prudente) adoptar medidas extraordinarias para protegerse de un eventual estafador, pero sí debe adoptar las medidas de prudencia y precaución normales y habituales de cualquier ciudadano prudente.

La capacidad de ejercicio en el CCCN

El CCCN dispone en su art. 23 que “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial”. Asimismo, en el art. 31, establece que “...a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona...”. Según su art. 24 son incapaces de ejercicio las personas por nacer, las declaradas incapaces por sentencia judicial, pero sólo con el alcance de la restricción fijado en la sentencia (que ahora sólo puede restringir la capacidad para actos específicos y sólo muy excepcionalmente con carácter general) y para las personas que no cuentan con edad y grado de madurez suficiente, estableciendo en su art. 26 una habilitación de edad progresiva para los adolescentes a partir de los 13 años.

De tal suerte, la reforma introducida en el Código Civil y Comercial en cuanto a la capacidad de ejercicio no parece incidir, por las razones expuestas, sobre el análisis de tipicidad en las defraudaciones por circunvencción de incapaz, ya que el juicio de tipicidad debe siempre basarse en el análisis concreto del caso y todo cuanto modifica el CCCN, en cuanto aquí resulta relevante, son las presunciones sobre la capacidad de ejercicio.

La circunvencción (lat. circumvenire: “ir alrededor” o “rodear”)¹ es el acto de rodear o estrechar a alguien con engaño o artificio, especialmente para oprimir o aprovecharse de su inexperiencia, necesidad o pasión. El delito reprimido en el segundo inciso del art. 174 del Código Penal, se denomina, pues, “defraudación por

1. En sentido figurado, ya autores clásicos lo usaron con la acepción de “engañar”, por ejemplo, Cicerón en su Discurso en defensa de Aulo Cluentio Habito (Pro Cluentio IV, 9: innocentem pecunia circumventum — “a un inocente, engañado por dinero”).

circunvención de incapaces", por cuanto implica inducir a un menor o a un incapaz a firmar un documento perjudicial para él o para otro, aprovechándose de su vulnerabilidad.

La capacidad de ejercicio en el sujeto pasivo de la estafa y la circunvención de incapaz

El delito reprimido en el art. 174, inc. 2° del Código Penal, denominado comúnmente como "circunvención de incapaz", es una forma agravada de defraudación, tipificado en los siguientes términos:

ARTICULO 174. - Sufrirá prisión de dos a seis años: (...)

2° El que abusare de las necesidades, pasiones o inexperiencia de un menor o de un incapaz, declarado o no declarado tal, para hacerle firmar un documento que importe cualquier efecto jurídico, en daño de él o de otro, aunque el acto sea civilmente nulo;

Donna (2012, también Creus y Soler) afirma que para que se consuma el delito de estafa es imprescindible la capacidad de ejercicio del sujeto pasivo, puesto que el tipo exige un acto de disposición voluntario (es decir, realizado con discernimiento, intención y libertad) por parte del inducido a error. Por ello, entiende que la falta de capacidad de ejercicio en la víctima excluye el tipo penal de estafa, sin perjuicio de que esa conducta pueda constituir otro delito, en particular el reprimido en el art. 174, inc. 2, es decir, la circunvención de incapaz.

La jurisprudencia mayoritaria sigue a la opinión mencionada, señalando que "el sujeto activo del delito de circunvención de incapaz debe abusar de éste, lo que no requiere engaño por parte del autor, ni error de la víctima, sino aprovechamiento, esto es, utilización de la situación" (CNCrimCorr, Sala 3, 14/9/92, JA 1994-2).

Bien jurídico tutelado en el delito de circunvención de incapaces

El bien jurídico tutelado es el patrimonio, sea del incapaz o de un tercero cuando la suscripción del documento por el incapaz pudiera afectar sus derechos (Donna, 2012, pág. 598).

A la luz del nuevo CCCN, la declaración de incapacidad se denomina "restricción de la capacidad", ya que la regla es que sea sólo parcial y respecto de actos jurídicos concretos.

Por ello, entiende (Núñez, 2009, pág. 300) que este tipo penal no comprende a los penados que en virtud de lo normado en el art. 12, CP, se encuentran incapacitados de ejercicio y de derecho como sanción penal.

Ahora bien, desde el punto de vista psicoforense, la incapacidad de ejercicio o la falta de discernimiento no suele ser absoluta. En particular, debe valorarse respecto de cada acto en particular, puesto que debe recordarse que, con carácter general, las facultades mentales son suficientes o insuficientes respecto de ciertos actos jurídicos, y de su complejidad inherente. Así, la misma persona con facultades mentales disminuidas puede contar con discernimiento suficiente respecto de actos concretos

y sencillos, y no respecto de actos complejos y con mayor nivel de abstracción. Concordantemente, sostiene (Donna, 2012, pág. 364) que "No debe descartarse la estafa cuando la acción recaee sobre personas que sólo tienen algunas insuficiencias psíquicas o son parcialmente incapaces pues, en tales casos, existe una capacidad psíquica para disponer que puede ser objeto del engaño. Ante estas situaciones es muy común que la inmadurez o los eventuales defectos psíquicos sean utilizados por el autor como parte de la maniobra engañosa".

(Fontán Balestra, 1995) sostiene que este tipo penal no responde totalmente ni a las modalidades de la estafa (porque puede faltar el engaño), ni a las de los abusos de confianza (porque no se requiere en el autor la condición especial de encontrarse en una relación de especial confianza con el sujeto pasivo). Sostiene, pues, que la razón para ubicar este tipo penal entre las estafas es que la acción de hacer suscribir un acto jurídico al incapaz ya es una acción ilegítima y dolosa desde el comienzo.

En esta modalidad no hay un ardid, sino un abuso de la situación de vulnerabilidad psíquica preexistente en las condiciones personales de la víctima. Por ello, para la consumación de este tipo penal no se requiere el error en la víctima. El abuso consiste en explotar las necesidades, pasiones o inexperiencia de un menor o incapaz para obtener un provecho patrimonial (Donna, 2012, pág. 598) (Núñez, 2009, pág. 330).

Según la opinión mayoritaria, no es necesario tampoco que el sujeto activo provoque ni exacerbe dichas condiciones de vulnerabilidad, basta con que abuse de ellas.

El tipo requiere la suscripción de un instrumento que importe un efecto jurídico, que cause perjuicio patrimonial al sujeto pasivo o a un tercero (Núñez, 2009, pág. 331), pero no se cumple cuando hubo entrega de valores o bienes, sin la suscripción de documento alguno. Debe haber un nexo causal entre la existencia de una necesidad, apasionamiento o inexperiencia en un sujeto incapaz y la suscripción del referido documento.

En este sentido, (Fontán Balestra, 1995, pág. 512) sostiene que el delito puede interpretarse como de peligro, si se interpreta como su resultado al perjuicio patrimonial, o de resultado, si se interpreta como resultado a la suscripción del documento.

Los actos preparatorios que conduzcan a la firma de ese documento, si no se concretan, pueden configurar tentativa.

Este tipo admite la participación en todas sus formas.

· "Necesidad" alude a todo cuanto el incapaz considere indispensable, aunque no lo sea en un grado extremo, y que puede ser material (vivienda, vestimenta, alimentación, etc.) o inmaterial (servicios, cuidado, afecto, etc.), incluso si se trata de algo suntuario o superfluo, siempre que el incapaz lo perciba como necesario, debido a su minusvalía. No es relevante para abastecer este tipo que la necesidad haya sido creada por el sujeto activo, bastando con que sea reconocida y aprovechada por éste (Buompadre, 2005, pág. 218).

· Por "pasión" se entiende el apetito o afección vehemente a una cosa, especialmente cuando se expresa con

entusiasmo o fogosidad, y que es de una intensidad afectiva difícilmente dominable por el sujeto (CNCrimCorr, Sala 7, 10/4/92, JA 1992-IV, citado en (Buompadre, 2005, pág. 219)).

La “inexperiencia” puede ser entendida como la falta de experiencia acerca de los conocimientos propios de la vida cotidiana (Buompadre, 2005, pág. 219). Sobre este punto, cabe señalar que si bien la inexperiencia no es un rasgo exclusivo del menor o del mayor de edad con restricción de su capacidad de ejercicio, puesto que los mayores de edad y capaces pueden tener inexperiencia en actividades determinadas, tales como las financieras, aquí nos hallamos frente a personas cuya inexperiencia puede ser superior a la media, o que pueden tener menor conciencia acerca de su propia inexperiencia, lo que las puede inducir a obrar de manera especialmente imprudente.

Puesto que se trata de un delito contra la propiedad, se infiere que el daño debe ser de carácter patrimonial.

Por ende, no se requiere que se concrete el perjuicio patrimonial, sino que el tipo se perfecciona con la suscripción del documento idóneo para causarlo, por lo que se trata de un delito de peligro (Fontán Balestra, 1995, pág. 511). Incluso si el documento es anulado en sede civil, el delito queda igualmente consumado.

El “incapaz puede obrar con conocimiento de lo que hace y de que realiza un acto perjudicial para él, haciéndolo no obstante a impulso de sus pasiones o su inexperiencia” (Fontán Balestra, 1995, pág. 511).

En la faz subjetiva, el tipo penal es doloso, consistiendo el dolo en el conocimiento de la incapacidad de ejercicio del sujeto pasivo, y en la intención de abusar de sus necesidades, pasiones o inexperiencia. El dolo también debe comprender el ánimo de lucro, puesto que, si el trato con el incapaz es en condiciones no desfavorables, no resulta punible (Fontán Balestra, 1995, pág. 512).

La condición de incapaz de ejercicio en el sujeto pasivo puede deberse a su menor edad (menores de 18 años no emancipados) o mayor de edad con capacidad restringida, declarada judicialmente o no, cuando sea manifiesta.

Un detalle relevante para tener en cuenta es que la mera condición de incapaz o la existencia de una sentencia de restricción de la capacidad del sujeto pasivo no abastece este tipo penal: es necesario que exista una situación de necesidad, apasionamiento o falta de experiencia, que no necesariamente están siempre presentes en toda persona con capacidad restringida, por lo que del mero hecho de la restricción a la capacidad de ejercicio no se puede presumir la existencia de estos extremos, sino que deben ser probados.

Esto resultaría determinante para que el impacto de las modificaciones del CCCN no tengan impacto sobre este tipo penal, ya que lo determinante para la subsunción en este tipo penal es la prueba concreta del aprovechamiento en el caso particular, más allá de las presunciones de capacidad de la ley civil sustantiva o del alcance de las restricciones, lo que impone la producción de prueba específica al efecto.

Así, por ejemplo, no se ajusta a este tipo penal la mera suscripción de un acto jurídico por un incapaz, si no media aprovechamiento. EJEMPLIFIQUEMOS CON Un caso: una mujer de 85 años que, según peritaje del Cuerpo Médico Forense, padecía un síndrome confusional (patología psiquiátrica que la privaba de discernimiento), otorgó un poder a una allegada, que le permitió a esta poner en alquiler la vivienda de la anciana. Con ese dinero, la mandataria sufragó los gastos de internación y tratamientos médicos de la presunta víctima, quedando demostrado incluso que el dinero percibido por la apoderada no alcanzó para cubrir tales gastos, que ésta abonó con su propio dinero. Sin embargo, tras el fallecimiento de la presunta víctima, su hermana, no residente en el país y que no la cuidó durante su última enfermedad, querelló a la mandataria y a la escribana que autorizó el otorgamiento del poder, por el presunto delito de circunvención de incapaz, logrando su procesamiento en primera instancia. Posteriormente, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala IV, dispuso sobreseer a ambas imputadas por falta de adecuación típica de los hechos a las figuras de la defraudación por circunvención de incapaz y de estafa afirmando que: “La suma de lo cobrado en concepto de alquileres, con los haberes jubilatorios arroja un resultado incluso menor a los pagos que en ese mismo período esta debió afrontar para cubrir los gastos de internación de la víctima. En esas condiciones, la actuación de la encausada no revela un abuso o aprovechamiento fraudulento de las necesidades de la víctima y por tanto no importa la configuración del tipo penal previsto en el art. 174, inc 2° del Cód. Penal. Por el contrario, sus conductas, tanto la tendiente a obtener el poder como la posterior cuando, mediante su uso, concretó el alquiler —sin mediar a su vez, en el caso del inquilino, engaño alguno—, aparecen orientadas a cubrir los gastos referidos” (“R., I. d. C. y otra s/ procesamiento”, Fecha: 02/05/2022. TR LALEY AR/JUR/97804/2022).

El rol del perito psiquiatra

Médicos psiquiatras y psicólogos pueden ser convocados, por ejemplo, para evaluar pericialmente a una persona antes de otorgar un acto jurídico, y dictaminar sobre su estado de salud mental, con el fin de dirimir si cuenta con capacidad de ejercicio suficiente previo a su otorgamiento.

La ley nacional 26.657, de salud mental, incorpora principios instituidos en instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional (arts. 1° y 2°) y reglamenta el modo de actuación de los profesionales de la salud mental, en resguardo de los derechos de las personas, y en forma complementaria a las disposiciones del Código Civil y Comercial. Concuera el art. 3° de la ley 26.657 (“Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”), con lo previsto en el art. 31 del CCCN: “a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se

imponen siempre en beneficio de la persona;”. Cabe señalar que esto no es más que la trasposición en el ordenamiento jurídico nacional de lo previsto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN), art. 12 y Comentario General N°1 del Comité CDPD. Por supuesto, la presunción de capacidad no obsta a constatar incapacidad de ejercicio de hecho al momento del acto (capacidad situacional y por acto específico).

Desde la perspectiva probatoria, un reciente estudio sobre la detección de personas con discapacidad intelectual y psicosocial detenidas por la policía en la Ciudad de Buenos Aires (Mercurio 2021), nos permite tener una idea indirecta y aproximada sobre la dificultad que puede tener un lego en medicina para detectar la discapacidad intelectual. La evidencia empírica local muestra que la detección temprana de discapacidad intelectual en las primeras etapas del proceso penal es muy baja: en 61 evaluaciones médico-policiales solo se identificó discapacidad en el 8 %, y no se implementaron apoyos ni ajustes de procedimiento (Mercurio, 2021). Este déficit es, además, modulable: la capacitación del personal interviniente incrementa el reconocimiento de la discapacidad intelectual (Mercurio, 2021). Por ello, la ausencia de señales en la pesquisa inicial no autoriza inferir inexistencia de discapacidad, sino que refuerza la necesidad de una pericia específica sobre la capacidad situacional al momento del acto y sobre su cognoscibilidad por legos, a fin de fundar o descartar el dolo de aprovechamiento.

La falta de capacidad de ejercicio puede ser declarada judicialmente o no. En caso de ser declarada, es necesario que se haya cumplido con la preceptiva inscripción en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas, practicando la inscripción marginal en el acta de nacimiento como lo exige el art. 39, CCCN, a efectos de darle publicidad y por lo que solo “producen efectos contra terceros recién a partir de la fecha de inscripción en el registro”.

El art. 2467, inc. d), del Código Civil y Comercial establece expresamente que, aun tratándose de una persona judicialmente declarada incapaz, “puede otorgar testamento en intervalos lúcidos que sean suficientemente ciertos como para asegurar que la enfermedad ha cesado por entonces”. De ello se sigue que, si la capacidad de ejercicio ha sido restringida judicialmente —debidamente inscripta y publicitada en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas—, un escribano puede autorizar el testamento cuando, mediando informe médico o psicológico, conste que quien otorga se halla en un intervalo lúcido, sin necesidad de intervención judicial. Con mayor razón, cuando no existe declaración judicial de incapacidad y, además, se cuenta —por celo y diligencia profesional del notario, no por obligación legal— con una evaluación médica favorable (recaudo no exigido por la Ley 404 del notariado de la CABA para emitir el juicio notarial de capacidad), no corresponde desvirtuar la presunción legal de capacidad de ejercicio de quien otorga.

Ahora bien, la presunción civil de capacidad —y aun la eventual nulidad del acto por falta de discernimiento, con o sin intervalos lúcidos (art. 2467, inc. d), CCCN)— no se proyectan automáticamente sobre el tipo penal de circunvención. La imputación penal exige demostrar, al momento del acto, la cognoscibilidad suficiente de una incapacidad ostensible para un lego y la concreta posibilidad de aprovechamiento por parte del autor. En términos probatorios, ello requiere evidencia específica y contemporánea al hecho y no puede inferirse por traslación acrítica de categorías civiles. Esta distinción metodológica ordena la valoración pericial y previene expansiones indebidas del ius puniendi.

Tal distinción resulta fundamental puesto que los médicos y psicólogos también pueden ser convocados como peritos cuando, una vez que el acto jurídico ya ha sido otorgado, alguien plantea, retrospectivamente, una presunta falta de capacidad del otorgante de un acto jurídico. Y en este caso, puede ocurrir en dos ámbitos por completo diferentes:

- peritaje ante el fuero civil, donde lo que debe intentar elucidar el juez, y para lo que requerirá el asesoramiento técnico del perito, es si es posible determinar, retrospectivamente, si al momento del otorgamiento esa persona poseía capacidad de ejercicio suficiente para otorgar ese acto. Sobre este punto, es importante tener presente que la capacidad de ejercicio se presume, y que el propio CCCN, como hemos visto, contempla la posibilidad de que una persona declarada judicialmente incapaz pueda testar válidamente durante un intervalo lúcido.

El objeto de tal experticia será intentar discernir si al momento del otorgamiento del acto la persona contaba con capacidad de ejercicio suficiente. Esto ya de por sí plantea grandes dificultades metodológicas, ya que a veces se requiere esta opinión luego del fallecimiento del otorgante, cuando el perito sólo puede hacer una inferencia indirecta basándose en constancias y testimonios, lo que resulta de escasa validez para descartar más allá de toda duda razonable que el otorgante pudo haber obrado en un intervalo lúcido. Recordemos que conforme el art. 3° de la ley nacional 26.657, de salud mental “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: (...) d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.”. Por ello, el perito debe ser sumamente prudente antes de dictaminar con base en antecedentes y documentos, y no debe temer, cuando corresponda, informar al magistrado requirente que no es científicamente posible expedirse sobre la única base de tales elementos.

Dicho esto, recordemos que, en este ámbito civil, el juicio pericial será tenido en cuenta únicamente para decidir sobre la validez o invalidez del acto jurídico otorgado.

- peritaje en el fuero penal, en una causa donde se imputa a una o varias personas por el presunto delito doloso de circunvención de incapaz, donde lo que interesa determinar al

juez no es la validez o no del acto otorgado, sino si la falta de capacidad de ejercicio por razones de salud mental era manifiesta, de modo tal que pudiera ser advertida por un lego en medicina y psicología. Cuando se requiere la opinión pericial en un juicio penal, lo que cobra verdadera relevancia no es su opinión sobre la eventual falta de capacidad de ejercicio (que impactará sobre la validez del acto en sede civil), sino sobre la posibilidad de que ésta pudiera ser advertida por legos en medicina y psicología, en virtud de su carácter manifiesto, siendo éste el elemento determinante para establecer si se configura un ilícito penal. Por cuanto no es posible imputar dolo ni formular reproche penal alguno a los intervinientes, autorizantes o beneficiarios de un acto jurídico otorgado en buena fe por un incapaz no declarado, siempre que, al momento del otorgamiento, éste no hubiera exteriorizado signos manifiestos e inequívocos de demencia, perceptibles incluso para un lego, y que éstos no conocieran de su falta de lucidez por otros medios. Y en tal caso, sólo cometerá o participará del delito la parte que tenga o hubiera debido tener conocimiento de la circunstancia, no así quienes no tuvieron conocimiento, incluso si hubiesen obrado con negligencia, puesto que, reiteramos, este tipo penal sólo admite forma dolosa.

Por consiguiente, cabe plantearse si podemos constatar que al momento del hecho, el paciente manifestaba signos observables por un profano que razonablemente alertase de su incapacidad al momento del acto (p.ej., desorientación témporo-espacial franca, imposibilidad de explicar el objeto y consecuencias del documento, perseveraciones incoherentes, labilidad afectiva extrema que imposibilita decidir, curso del pensamiento desorganizado, delirium/psicosis floridas, fluctuaciones atencionales severas).

Pero claramente las manifestaciones sutiles de déficit cognitivo (cabe distinguir la severidad del déficit de la notoriedad de su manifestación), no ostensibles, no pueden ser fundamento para establecer el juicio sobre dolo. Por ejemplo, una persona con un trastorno neurocognitivo leve puede mantener una conversación coherente (no manifestando signos evidentes) pero carecer de la función ejecutiva necesaria para comprender las consecuencias de un acto complejo. Por ello, es perfectamente posible que un acto jurídico sea declarado nulo en sede civil sin que ello implique que quienes intervinieron en su otorgamiento hayan cometido un ilícito penal. Esta diferencia de perspectiva es muy relevante y debe tenerla presente el perito según actúe ante un fuero u otro.

Surge como reflexión: ¿con qué metodología científica y en qué casos, puede un perito psiquiatra, sobre la base de meras constancias documentales, establecer con el nivel de certeza que se requiere para sostener una imputación penal, determinar si en un momento del pasado, con base en constancias que pueden distar días, meses o años de la fecha en que se otorgó el acto jurídico cuestionado, que una persona carecía de capacidad de

ejercicio en ese instante?

Es una pregunta complejísima y cuya elucidación excede el marco de este artículo, pero baste con señalar, además de las circunstancias ya reseñadas, que solo sería razonable valorar, para conocer con un grado aceptable de certeza en el instante del acto, evidencias que describan funcionamiento decisional en la ventana ± 48 h (ideal) o ≤ 7 días con curso clínico compatible (p. ej., delirium/psicosis persistentes, ACV subagudo, intoxicación continua). El uso de antecedentes remotos resulta cuestionable, y en general no permite formular inferencias con el grado de certeza que se requiere en un proceso penal. Es muy importante que al dar su opinión, el perito aclare también la probabilidad y el grado de certeza que atribuye a sus conclusiones.

Habitualmente, la evidencia disponible suele ser insuficiente para afirmar, con el grado de certeza requerido en sede penal, la falta de capacidad en el instante del acto. Suelen constancias clínicas no contemporáneas y testimonios que no acreditan signos ostensibles para legos ese día; dada la posibilidad de intervalos lúcidos, habitualmente no es científicamente posible descartar capacidad situacional en el momento crítico.

Esto determina el deber de obrar con rigor y prudencia por parte del perito.

Mucho peor aún es el caso, cuando, como se observa a veces en la práctica forense, en que un colega examinó en el momento al interesado y opinó que era capaz, y luego una parte interesada pretende que un perito psiquiatra, ex post facto, pueda opinar, basándose en constancias y otras pruebas indirectas tales como testimonios, sobre la valoración realizada por el colega que sí estuvo presente en el acto.

En esos supuestos, la prudencia metodológica impone reconocer la primacía epistémica del evaluador contemporáneo al acto (principio de inmediatez). El perito posterior no “reexplora” la capacidad —porque ya no es posible— sino que audita la fiabilidad de esa valoración in situ.

Más aún, incluso si el perito advirtiese indicios vehementes y contemporáneos de error metodológico grave o sesgo de parte del colega preopinante, debemos recordar que lo que se investiga en casos como éste siempre será un tipo penal doloso (tanto si se le imputase la participación en el delito de circunvencción de incapaz del art. 174, inc. 2, o el de certificado médico falso del art. 295, CP) y que, por lo tanto, la eventual negligencia, impericia o imprudencia del colega han de valorarse en sede civil, pero no determinan responsabilidad penal.

Si ninguno de estos supuestos concurre, la actitud ética y prudente del perito debería consistir en hacer saber al magistrado que no es científicamente posible, con la documentación disponible, desvirtuar con el grado de certeza exigible en sede penal, la apreciación del colega que estuvo presente.

La precisión en la terminología semiológica y sus consecuencias

Si bien la tarea pericial importa informar y emitir opinión técnica

con fundamentos científicos en función de las directivas de los magistrados, no es menos cierto que deben valorar las constancias de la causa que determinan el marco fáctico y permiten contextualizar aquello sobre lo que se ha de dictaminar. Se debe tener especial cuidado y precisión en la terminología utilizada a la hora de verter sus conclusiones, las que deben ser acordes a sus conocimientos científicos y compatibles con las reglas de la lógica.

Tanto la imprecisión cuanto la ambigüedad en los términos pueden traer aparejadas consecuencias en la decisión final a la hora de sentenciar.

En la práctica forense suelen emplearse expresiones para describir la incapacidad como “manifiesta”, “evidente”, “de percepción inmediata” o “inequívoca incluso para un lego”, para dar a entender que los signos son claros, evidentes, inequívocos y de percepción inmediata para cualquier persona, incluso sin conocimientos médicos. Hablamos de un cuadro con síntomas que no requieren especial atención ni formación técnica para ser reconocidos, con signos son tan patentes que un lego los detectaría espontáneamente en un acto breve. Es decir, manifestaciones ostensibles.

Otros términos, como “detectable” o “potencialmente apreciable”, permiten expresar un grado menor de certeza y una sutileza mayor en la apreciación de la incapacidad. Al describir el tenor de las manifestaciones de incapacidad de esta manera se le hace saber al juez que, en el caso de un lego en la materia, este pudo haberla advertido o bien, pudo no hacerlo, y esto en el marco penal significa la imposibilidad de arribar a la certeza absoluta que una condena requiere. Estos términos deben ser empleados por los peritos forenses cuando consideran que los signos de la incapacidad, en el momento del acto, eran sutiles intermitentes o contextuales, perceptibles quizás por alguien con trato cotidiano o con entrenamiento clínico, pero no necesariamente para un tercero ajeno en un contacto breve y formal. Dicho brevemente, era posible advertir tales manifestaciones, pero no era probable. No puede afirmarse que el lego “debió” haberlas advertido.

En psiquiatría forense, esta diferencia es crítica ya que un cuadro ‘manifiesto’ se presume ostensible para todos; un cuadro ‘pasible de advertir’ no alcanza ese umbral de notoriedad. Por eso, al momento de valorar la cognoscibilidad de la incapacidad por parte de terceros intervinientes, tales como los testigos, el beneficiario del acto, o el escribano autorizante (que es un profesional del derecho y no de la salud mental) sólo sería exigible detectar los cuadros manifiestos y evidentes, pero no aquellos en los que tan solo existe la posibilidad de que los haya advertido —de lo que se infiere que también, existe la posibilidad de que no lo haya advertido.

En su nota al art. 3616 del antiguo Código Civil, Vélez Sarsfield señaló que el escribano no tiene la función de comprobar la capacidad mental del otorgante, sino únicamente de dar fe sobre el acto y sus formalidades. De ello se desprende que la validez de

un testamento puede impugnarse con otros medios de prueba —por ejemplo, testimonial o pericial— que acrediten la incapacidad del causante, pues la apreciación notarial sobre su estado psíquico carece de valor concluyente.

Un peritaje debe, pues, ceñirse puntillosamente a las reglas de la lógica y tener en cuenta las consecuencias o derivaciones que su conclusión acarrea: de una verdad necesaria, se infiere una verdad posible, pero de la mera posibilidad de verdad de un hecho no se sigue lógicamente la necesidad de tal verdad.

El contexto situacional y personal

No es lo mismo expedirse sobre la posibilidad cierta de que un lego en la materia advierta un déficit en la función ejecutiva de quien otorga un acto jurídico cuando tiene trato diario con aquél, o bien cuando es su médico tratante, o por alguna otra razón mantiene trato habitual, frecuente y prolongado, que cuando se trata de una persona que tuvo una interacción breve, como pueden ser los testigos del acto o el notario.

Por ello, se debe evitar emitir opiniones genéricas sobre este punto, en el que se englobe sin distinción a todas las personas participantes del acto, debiendo trazar el perito una distinción en función del tiempo, modo y circunstancias de interacción de cada una de las personas involucradas con aquella persona cuya capacidad se presume disminuida, debiendo, de ser posible, establecer esta probabilidad de manera diferenciada y circunstanciada respecto de cada coimputado, o de no ser ello posible con la información puesta a disposición del experto, hacer saber de esta imposibilidad al magistrado.

Conclusión

La circunvención de incapaz es una figura dolosa que protege el patrimonio y exige, para su configuración, el aprovechamiento de necesidades, pasiones o inexperiencia del incapaz y la suscripción de un instrumento idóneo para causar perjuicio; no requiere ardid ni error, pero sí cognoscibilidad suficiente de la incapacidad por parte del autor. Por ello, el rol del perito psiquiatra es estrictamente epistémico y metodológico: debe distinguir con pulcritud el plano civil (conservación de las funciones mentales necesarias para obrar con discernimiento o, caso contrario, eventual posibilidad de intervalos lúcidos) del penal (ostensibilidad de la incapacidad para legos y posibilidad real de advertirla para cada persona interviniente y para cada contexto de manera diferenciada), ceñirse a ventanas temporales que permitan inferencias fiables, y tener presente la primacía epistémica de la evaluación contemporánea al acto. Cuando la evidencia disponible sólo habilita posibilidades y no probabilidades robustas, el deber profesional es declarar ese límite y evitar conclusiones que excedan la ciencia. Así, se obra con prudencia, ética y rigor metodológico, y se aporta al juez un estándar pericial claro, reproducible y útil para decidir con justicia.

Bibliografía

Buompadre, J. (2005). Estafas y otras defraudaciones. Buenos Aires: Lexis Nexis Argentina.

Donna, E. A. (2012). Derecho Penal: parte especial. (2 ed., Vols. II-B). Santa Fe: Rubinzal-Culzoni.

Fontán Balestra, C. (1995). Derecho Penal. Parte Especial. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Lossetti, O.I; Iglesias Díez, A.M. (2025) Fundamentos de Derecho para Médicos. Buenos Aires; Editorial Erga Omnes.

Mercurio, E. N. (2021). Dificultades para la detección de personas con discapacidad intelectual y psicosocial detenidas por la policía en la Ciudad de Buenos Aires. Revista Española de Discapacidad, 9(1), pp. 121-140.

Núñez, R. (2009). Manual de Derecho Penal. Parte especial. Córdoba: Lerner Editora.

Rusconi, M. (2016). Derecho Penal. Parte General (3ª ed.). Buenos Aires: Ad-Hoc.

Soler, S. (1987). Derecho Penal Argentino (5ª ed., Vol. 4). Buenos Aires: TEA.



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

 www.amfra.org.ar