

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

Número Seis

BOLETÍN DIGITAL

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



AMFRA

Asociación de Médicos Forenses
de la República Argentina

www.amfra.org.ar

2
0
2
5

Número Seis

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

ARRESTO DOMICILIARIO Y EL INFORME PERICIAL MÉDICO GABRIELA R. POTAP	Pág 03
OPIOIDES: “DE LA CLÍNICA A LA MORGUE” GUÍA FORENSE PARA LA INVESTIGACIÓN DE SOBREDOSIS POR OPIOIDES FLAVIA VIDAL, ROMINA MARIN, CLAUDIA AZCURRA	Pág 06
EL DOLO EVENTUAL Y SU COLISIÓN CON LOS LÍMITES CONSTITUCIONALES DEL DERECHO PENAL DR. AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ	Pág 13
PODEMOS HABLAR DE RIESGOSIDAD EN SALUD MENTAL? DANIEL H. SILVA; MILAGROS M. MUÑIZ; MARTÍN J. MAZZOGLIO Y NABAR	Pág 16

ARRESTO DOMICILIARIO Y EL INFORME PERICIAL MÉDICO

GABRIELA R. POTAP

Médica Legista. Docente II cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina UBA. Miembro del Comité Académico y Docente carrera de Especialización Medicina Legal del IUPFA. Docente del Curso Superior y Práctica Forense Colegio Médico II. Docente de la Tecnicatura Superior en Seguridad Pública del ISSP Policía de la Ciudad de Bs. As. Ex subdirectora de Sanidad del SPF.

INTRODUCCIÓN

El arresto domiciliario es una herramienta alternativa que permite, a criterio del juez competente en situaciones especiales, continuar la ejecución de la pena en prisión domiciliaria.

Es a través del informe pericial médico que la autoridad judicial contará con los argumentos técnicos que le permitan acreditar si el detenido reúne las condiciones previstas en el artículo 10 del Código Penal de la Nación Argentina.

De allí se desprende la gran responsabilidad médica y la importancia de comprender con minuciosidad el contenido de cada uno de los incisos para no insertar en un documento declaraciones inexactas, concernientes a un hecho que el documento debe probar.

Las siguientes líneas pretenden aportar información que facilite la valoración de cada caso en particular, establecer los criterios que permitan dictaminar cuándo una enfermedad es incurable y se encuentra en periodo terminal, y en qué situaciones la permanencia en un establecimiento penitenciario es inadecuada para una persona con discapacidad. Asimismo, se busca reflexionar acerca de la adherencia terapéutica, el autocuidado y cuándo una dolencia no puede ser tratada adecuadamente.

Considerando que es habitual que un mismo interno sea portador de múltiples patologías que lo incluyan en más de un inciso, se expondrán algunos conceptos sobre las personas mayores de 70 años.

Por último, se hará una mención respecto del embarazo: los signos de presunción, de probabilidad y el diagnóstico de certeza.

CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN ARGENTINA

Título II De las penas en artículo 10: "Podrán, a criterio del juez competente, cumplir la pena de reclusión o prisión en detención domiciliaria:

- a) El interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impide recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario;
- b) El interno que padezca una enfermedad incurable en periodo terminal;
- c) El interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel;
- d) El interno mayor de setenta (70) años;
- e) La mujer embarazada;
- f) La madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad a su cargo."

La ley 24660, agrega en su artículo 33 "En los supuestos a), b) y c) del artículo 32, la decisión deberá fundarse en informes médico, psicológico y social..."

TRATAR ADECUADAMENTE UNA DOLENCIA

Este apartado corresponde a aquellos pacientes, sin criterio clínico de internación, que padecen enfermedades, sin ser terminales y en general crónicas, en donde no es posible o es dificultoso brindar un adecuado abordaje terapéutico en un establecimiento carcelario y que, su permanencia en ese ámbito, puede resultar en un agravamiento de su salud.

Es oportuno mencionar que, tratar adecuadamente una dolencia es una tarea que excede en algunos casos el actuar profesional, por ejemplo: garantizar los traslados a un centro de diálisis.

Ahora bien, en este inciso es fundamental recordar los conceptos de adherencia terapéutica y autocuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como: "El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se

corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria."

En tal sentido, el tratamiento medicamentoso indicado y entregado según prescripción es uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud, sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento.

Para mayor abundamiento, la OMS define al autocuidado, como "la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades..."

Es por ello que, en algunos escenarios se debe considerar que, aunque la dolencia pueda ser tratada, el mejor tratamiento puede resultar ineficaz si el paciente no se adhiere al mismo.

Las patologías crónicas, suelen ser irreversibles, evolutivas y poseen características dinámicas, por lo tanto, los informes médicos que se expidan son pasibles de modificaciones conforme a su evolución.

ENFERMEDAD INCURABLE EN PERÍODO TERMINAL.

El decreto 1058/97 reglamenta el artículo 33 de la Ley 24.660 dictando normas uniformes a los efectos de facilitar la tramitación de las peticiones que se formulen, que en el caso de los internos que padezcan enfermedad incurable en período terminal expresa:

Artículo 2° "A los efectos del Artículo 33, se considerará enfermedad incurable en período terminal aquella que, conforme los conocimientos científicos y los medios terapéuticos disponibles, no pueda interrumpirse o involucionar y de acuerdo a la experiencia clínica lleve al deceso del interno en un lapso aproximado de SEIS (6) meses. A tal fin, se aplicarán los criterios generales vigentes en las distintas especialidades médicas."

Artículo 3° "En el caso particular del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se considerará que la enfermedad se encuentra en período terminal al reunirse los siguientes elementos clínicos y de laboratorio..."

En síntesis, un paciente con enfermedad terminal, es aquel cuya dolencia no puede curarse y se espera, como resultado, su fallecimiento dentro de un período corto de tiempo estimado en seis meses.

INTERNO CON DISCAPACIDAD.

Las personas encarceladas con discapacidades conforman un grupo que demanda un abordaje integral respecto de la necesidad de una infraestructura adecuada y en algunos casos el requerimiento de mayor asistencia. Sin dejar de mencionar que son más vulnerables ante el resto de la población.

Es importante recordar el concepto de discapacidad física de origen visceral: La sola presencia de una enfermedad no implica discapacidad, sino que son sus complicaciones o secuelas las que dificultan y limitan la actividad cotidiana, por ejemplo: disnea a

mínimos esfuerzos secundaria a miocardiopatía dilatada.

Así también, es preciso considerar que la accesibilidad es: "La posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria ..." (Ley N° 22.431) y la dependencia es la necesidad de ayuda o asistencia que posee una persona para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Es por ello que de la lectura de los párrafos anteriores se desprende que corresponde evaluar cada situación en particular ya que no es posible generalizar los cuidados que requiere una persona con discapacidad.

Ejemplo 1: Persona con discapacidad de 25 años con amputación de un miembro, que se moviliza de manera autónoma con muletas.

Comentario: la mayor dificultad se relaciona con la accesibilidad y provisión de elementos de soporte indicados (muletas).

Ejemplo 2: Persona con discapacidad cursando la tercera edad, con deterioro cognitivo, o secuela motora de accidente cerebrovascular, que necesita asistencia para todas las actividades de la vida cotidiana.

Comentario: En estos casos es poco probable poder brindar el tratamiento integral adecuado en un medio carcelario.

INTERNO MAYOR DE 70 AÑOS.

Si bien el requisito que establece la norma contempla solo la edad del alojado, es oportuno mencionar que, si bien vejez no es sinónimo de enfermedad, no todos ellos son independientes para las actividades básicas de la vida diaria. Así también, las manifestaciones vinculadas con las limitaciones en la marcha y movilidad determinan un riesgo elevado de sufrir traumatismos por caídas.

MUJER EMBARAZADA.

En cuanto al diagnóstico de embarazo existen signos de presunción (vómitos, mareos, etc.), signos de probabilidad (amenorrea) y signos de certeza.

Es necesario establecer con precisión el diagnóstico de embarazo en las mujeres que refieren amenorrea como síntoma de consulta médica.

Hay ciertas situaciones en las que una persona con capacidad de gestar puede presentar un cuadro de "embarazo químico", es decir, cuadros que cursan con elevación de la hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG) pero que no constituyen un verdadero embarazo, por tal motivo, para arribar a un diagnóstico certero se debe confirmar la presencia de un saco gestacional con un embrión que presenta actividad cardíaca positiva.

BIBLIOGRAFÍA

AROCENA, G.

La Prisión Domiciliaria, Editorial Hammurabi. 2015

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Recomendaciones para la Práctica del Control
preconcepcional, prenatal y puerperal. Diagnóstico de
embarazo. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar>

La Convención sobre los Derechos de las Personas con
Discapacidad, disponible en:
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf

La Convención Interamericana sobre la Protección de los
Derechos Humanos de las Personas Mayores, disponible en:
https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

LABATÓN, Ester A. Discapacidad, derechos y deberes
Editorial Centro Norte. 1999

Manual sobre reclusos con necesidades especiales. Disponible
en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/MANUAL_RECLUSOS_CON_NECESIDADES_ESPECIALES_1.pdf

Normativa para la certificación de personas con Discapacidad
con deficiencia física de origen visceral
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_fisica_de_origen_visceral.doc_1.pdf

Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las
Personas Privadas de Libertad en las Américas (CIDH 2008),
disponible en:
<http://oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

OPIOIDES: “DE LA CLÍNICA A LA MORGUE” GUÍA FORENSE PARA LA INVESTIGACIÓN DE SOBREDOSIS POR OPIOIDES

FLAVIA VIDAL, ROMINA MARIN, CLAUDIA AZCURRA

Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional

INTRODUCCIÓN

Los opioides constituyen un grupo farmacológico diverso, empleado primordialmente en el tratamiento del dolor. Esta categoría incluye tanto los opiáceos, compuestos derivados directamente del opio obtenido de la planta *Papaver somniferum* (amapola), como la morfina y la codeína, así como los opioides sintéticos y semisintéticos, moléculas diseñadas para emular la acción de los opiáceos naturales. Es importante destacar que el término "narcótico" se utiliza frecuentemente para englobar a ambas clases de sustancias, dada su capacidad para inducir analgesia, sedación y, en algunos casos, euforia.

Están caracterizados por sus efectos analgésicos, hipnóticos y euforizantes, por lo que representan un desafío significativo en la toxicología clínica y forense debido a los riesgos inherentes a su uso, tanto médico como recreativo.

El incremento progresivo en su prescripción como analgésicos, especialmente en el manejo de cuadros de dolor crónico, ha contribuido a un aumento en su disponibilidad. Este fenómeno se ha visto exacerbado por la implementación de la receta electrónica y la simplificación de los protocolos de prescripción, tras la eliminación de la receta de estupefacientes tradicional. Como consecuencia, se ha observado un aumento en el uso de opioides en diversas especialidades médicas que previamente no los prescribían de manera habitual.

La capacidad para inducir depresión neurológica y respiratoria, junto con la posibilidad de efectos adversos graves, los convierte en una causa frecuente de intoxicación y muerte.

El presente artículo ofrece una revisión integral de cuatro opioides de particular relevancia: metadona, morfina, tramadol y fentanilo, abordando sus perfiles farmacológicos y toxicológicos, así como los hallazgos post mortem asociados a su consumo.

DESARROLLO

Tanto los Opiáceos como los Opioides interactúan con los receptores estereoespecíficos de los sistemas nervioso central y periféricos.

Estos receptores están relacionados con péptidos endógenos: encefalinas, endorfinas y dinorfinas.

Los efectos clínicos están relacionados con la acción sobre los receptores específicos:

$\mu 1$ = Analgesia supraespinal y periférica, Sedación y Euforia

$\mu 2$ = Analgesia espinal, Depresión Respiratoria, Bradicardia, Dependencia Física

$\kappa 1$ = Analgesia espinal, Miosis

$\kappa 2$ = Disforia

$\kappa 3$ = Analgesia supraespinal

σ = Analgesia espinal y supraespinal, modula receptor μ , inhibe liberación dopamina

Entre los más usados se encuentran morfina, tramadol, hidromorfona, metadona, oxicodona, fentanilo y análogos derivados de diseño como el carfentanilo, que son comercializados en mercados informales.

Se dividen en tres grupos:

- Alcaloides naturales del opio, al cual pertenecen los derivados del fenantreno (morfina y codeína) y los derivados de la bencilisoquinolina (papaverina y tebaína).
- Opioides semisintéticos, entre los que se encuentran los derivados de la morfina (oximorfona e hidromorfona), los derivados de la tebaína (buprenorfina e hidromorfona) y los derivados de la codeína (tramadol).
- Opioides sintéticos, al cual pertenecen la heroína (diacilmorfina), los morfínanos (levorfanol, nalbuina, naloxona y naltrexona), las fenilheptilaminas (metadona, propoxifeno) y las fenilpiperidinas (meperidina, fentanilo, sufentanilo, alfentanilo y remifentanilo).

El consumo prolongado de opioides, ya sea por tratamientos médicos o por uso problemático, puede inducir tolerancia y dependencia física. La tolerancia se manifiesta por la necesidad de incrementar progresivamente la dosis para obtener el mismo efecto analgésico u otros efectos deseados. Este fenómeno

incrementa significativamente el riesgo de sobredosis y muerte, dado que el margen entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica se reduce. La dependencia física, por su parte, se caracteriza por la aparición de un síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir bruscamente la administración del opioide.

Clasificación:

- Agonistas: morfina, heroína, codeína, metadona, meperidina, propoxifeno, Fentanilo
- Antagonistas: naloxina y naltexona (no tienen efecto analgésico)
- Agonista- Antagonistas: pentazocina y nalbufina (producen analgesia)
- Agonista parcial: buprenorfina

EFFECTOS - CUADRO CLÍNICO- INTOXICACIÓN: SÍNDROME NARCÓTICO

- Analgesia profunda mediada por activación de los receptores mu
- Antitusivo y antidiarreico, debido a la reducción de la motilidad del tracto gastrointestinal por la acción de agonistas opioides exógenos en el sistema nervioso entérico.
- Amplio espectro de efectos: euforia, disforia, alucinaciones, sedación, confusión, depresión del sensorio, convulsiones, coma, depresión respiratoria, constipación, supresión de sistemas endocrinos, trastornos cardiovasculares como prolongación del intervalo QT, bradicardia, hipotensión, náuseas, vómitos, prurito, miosis y boca seca.
- Otro efecto secundario del uso crónico hipogonadismo en ambos sexos.

La intoxicación por opioides se presenta clínicamente con la siguiente tríada:
Depresión del SNC, Miosis y Depresión respiratoria (FR < 12 rpm y/o hipercapnia).

- En el SNC: produce depresión sensorial desde somnolencia al coma profundo, en algunos casos en pediatría se puede ver excitación paradójica.

Diagnóstico de Intoxicación:

- Cuadro clínico
- Antecedentes
- Análisis clínicos y Toxicológicos.

Exámenes Complementarios.

- Análisis Toxicológicos: Determinación de opioides en sangre y orina. RECORDAR que muchos opioides sintéticos pueden no ser detectados con los reactivos de orina habituales en la práctica asistencial, PRIORIZAR LA CLÍNICA Y ANTECEDENTES INCLUSO ANTE RESULTADOS NEGATIVOS, habiendo

descartados otras causas de alteración de la conciencia y cuadro clínico (ACV, traumatismo, etc)

- Otros. ECG. Rutina de Análisis Clínicos, Estado ácido - base. Ionograma. CPK. Rx cráneo y TAC cerebro

Importancia de la Investigación

Personas Vivas

El tiempo que puede estar presente las sustancias en el organismo después de haber sido consumidas depende de si fue absorbida a través de la piel, por la vía oral o por vía intravenosa; y su presencia se puede detectar durante una variedad de tiempo en diferentes matrices biológicas: Sangre periférica y Orina.

Post Mortem:

Para establecer una relación entre las concentraciones de opioides detectadas en el organismo post mortem y la causa de muerte, es esencial:

- Averiguar Antecedentes Previos: La obtención de un historial detallado del consumo de opioides por parte del individuo resulta fundamental para la interpretación de los hallazgos toxicológicos y la evaluación de su posible implicación en la sobredosis. Consultar si realizaba Tratamiento del Dolor, Terapia de Sustitución en Dependencia de Opiáceos, deshabitación y Manejo del Síndrome de Abstinencia
- Análisis del Lugar del Hecho: Es el lugar donde se obtienen los indicios, elementos y muestras que permitirán establecer datos de relevancia para esclarecer la causa de muerte.

Es importante que no se cometan errores al recolectar los elementos en condiciones adecuadas y asegurar la cadena de custodia, la conservación y transporte de los mismos.

Conocer las diferentes formas de presentación de los opioides y evaluar en el lugar del hecho a presencia de ampollas, jeringas, frascos con formulaciones de jarabe de estos opioides, tabletas usadas o recipientes de comprimidos.

- Autopsia y Estudios complementarios: permiten determinar con mayor precisión la causa de muerte, diferenciando entre una sobredosis y otras posibles causas.
- Análisis Toxicológico: El análisis de muestras biológicas: sangre periférica (vena femoral), que indiscutiblemente es el «gold standard» para la interpretación en toxicología post mortem, orina, humor vítreo, contenido estomacal, etc. o tejidos si hay putrefacción.) es crucial para identificar la presencia de otras sustancias que puedan contribuir a la muerte,

Mecanismos de Muerte Asociados a Sobredosis Opioides:

En la investigación de muertes por sobredosis de opioides, es importante conocer los mecanismos fisiopatológicos. A nivel pulmonar, el edema agudo no cardiogénico es un hallazgo frecuente, resultado de la depresión del sistema nervioso central y la alteración de la permeabilidad capilar pulmonar. Además, la broncoaspiración y la bronconeumonía pueden contribuir a la insuficiencia respiratoria. A nivel cardíaco, los opioides, especialmente la metadona, pueden inducir arritmias, como la

bradicardia, la taquicardia y la torsade de pointes, debido a su efecto bloqueante de la conducción cardíaca. La rabdomiólisis, secundaria al coma prolongado y la inmovilización, puede llevar a insuficiencia renal aguda. Finalmente, el policonsumo de drogas, particularmente la combinación de opioides con cocaína o benzodiazepinas, puede exacerbar la depresión respiratoria y aumentar el riesgo de muerte.

Aunque es menos común, se describen casos en la literatura de muerte secundaria a anafilaxia, en especial por Morfina.

La ingesta simultánea de múltiples sustancias, como asociación con alcohol y benzodiazepinas, potencia los efectos depresores sobre el sistema nervioso central.

Hallazgos Macroscópicos en el Cadáver

Hallazgos comunes a todos los opioides:

- Ausencia de otra causa de muerte evidente: Fundamental para orientar la investigación hacia una intoxicación.
- Edema pulmonar masivo: Un hallazgo constante, indicativo de insuficiencia respiratoria aguda.
- Vejiga urinaria distendida: Posible retención urinaria debido a la depresión del sistema nervioso central.
- Sitios de punción: Marcas de inyección en venas superficiales, tabique nasal (por inhalación), o abscesos cutáneos, sugieren el uso de drogas intravenosas o inhaladas.
- Hallazgos inespecíficos: Linfadenopatía, cirrosis, hepatoesplenomegalia, y endocarditis, que pueden indicar uso crónico de drogas.

Hallazgos diferenciadores:

- Tramadol:
Mucosa hemorrágica difusa del tracto gastrointestinal.
Hígado en estado de shock.
- Fentanilo:
Rápida aparición de livideces cadavéricas.
Dificultad para detectar hallazgos macroscópicos específicos.
- Metadona:
Bloqueo de la conducción cardíaca, con posible evidencia de bradicardia, taquicardia o arritmias tipo torsades de pointes

TOMADE MUESTRAS

Es esencial para el análisis toxicológico y debe realizarse de manera rigurosa.

La interpretación de las concentraciones de los opioides, debe ser realizada junto a toda la información recolectada y debiéndose considerar la redistribución post mortem.

Si bien no desarrollamos en nuestro trabajo el consumo de Heroína, es importante saber que, la heroína (diacilmorfina) experimenta una rápida biotransformación tras su administración, catalizada por enzimas esterasas presentes principalmente en el hígado y la sangre. Inicialmente, se desacetila en 6-monoacetilmorfina (6-MAM), un metabolito farmacológicamente activo que contribuye a los efectos de la heroína. Posteriormente, la 6-MAM se desacetila aún más, dando lugar a la morfina. Este proceso metabólico es veloz, lo que

significa que la heroína en sí misma puede ser indetectable poco después del consumo. Por lo tanto, la detección de morfina, y especialmente de 6-MAM, en muestras biológicas como sangre y tejidos, es crucial para confirmar el consumo de heroína en investigaciones toxicológicas forenses

En las muestras toxicológicas post mortem en las que se detecta la presencia de morfina, la determinación de su origen es crucial. Para ello, el análisis del humor vítreo es fundamental. La detección de 6-monoacetilmorfina (6-MAM) en este fluido indica específicamente el consumo de heroína, ya que este metabolito es un producto directo de su metabolismo y no de la morfina terapéutica. Por lo tanto, la presencia de 6-MAM en el humor vítreo establece concluyentemente que la morfina hallada proviene de la heroína, diferenciándola de la administración de morfina farmacéutica.

1. Muestreo General:

- a) Sangre periférica femoral/ subclavia, si no es posible cardíaca, proporciona información acerca de las concentraciones del fármaco de la persona en el momento de la muerte y puede ser relacionada con los efectos
- b) Orina: Muestra de gran importancia, junto a las muestras de sangre ya que ayuda a interpretar la cinética del fármaco
- c) Bilis: en caso de no obtener orina
- d) Humor Vítreo:
- e) Cuña Hepática / Cuña esplénica por separado en frasco (en caso de putrefacción)
- g) El pelo puede ser un aporte más sobre la historia de consumo de la víctima¹

Redistribución post mortem (PMR):

La relación C/P (concentración de un fármaco en sangre del corazón/ la sangre periférica) se utiliza como un marcador para evaluar la "Post Mortem Redistribution" (PMR).

Esta relación es clave para entender cómo se redistribuye los tóxicos después de la muerte.

El C/P Ratio de la Morfina es de 2.2 (rango a.0 a 5.8) Un cociente mayor a 1.0 sugiere que ha habido una redistribución del fármaco, que generalmente se produce principalmente a través de procesos de difusión y liberación de los metabolitos conjugados.

La descomposición del cadáver implica cambios bioquímicos que pueden alterar la distribución y concentración de los fármacos en los tejidos, afectando la medición real postmortem.

La posición del cadáver puede influir en la redistribución, interviniendo la ley de gravedad y la presión sobre ciertas áreas afectando el flujo sanguíneo.

La vía de administración tiene un impacto significativo en la concentración de los opioides, siendo la vía endovenosa de distribución rápida, mientras que la vía subcutánea, intramuscular, subdérmica suele ser más lenta.

Las maniobras de resucitación pueden alterar las concentraciones de opioides en el cuerpo, alterando la relación C/P.

METADONA

La metadona es una droga de síntesis derivada de la difenilpropilamina que, si bien no pertenece al grupo de los opiáceos por su estructura química, comparte con estos, propiedades farmacológicas al actuar como agonista casi puro de los receptores opioides tipo mu. Es una sustancia que en estado natural tiene un sabor acre y amargo. La Metadona se utiliza en tratamientos de desintoxicación por su vida media larga. (Vida media 20-30 hs). Disponible en comprimidos/tabletas.

Intoxicación por Metadona:

La intoxicación se caracteriza clásicamente por la tríada de miosis puntiforme, depresión respiratoria significativa y disminución del nivel de conciencia, que puede progresar desde la somnolencia hasta el coma. La miosis, o constricción pupilar extrema, es un hallazgo temprano y constante. La depresión respiratoria, la complicación más peligrosa, se manifiesta por una disminución en la frecuencia y profundidad de las respiraciones, pudiendo llevar a la apnea. La alteración del estado mental varía desde la confusión y el letargo hasta la pérdida total de la conciencia. Letargia asociada con flaccidez muscular, disminución de la presión arterial, el pulso, miosis², bradipnea, disminución del ritmo intestinal.

Es crucial reconocer estos signos tempranamente, ya que la metadona tiene un periodo de latencia prolongado y la depresión respiratoria puede desarrollarse horas después de la ingesta, lo que exige una monitorización y tratamiento médico inmediato.

Farmacocinética:

La metadona se absorbe de manera rápida y eficiente tras la administración oral, con una biodisponibilidad del 90% y alcanzando su concentración máxima en plasma entre 1 y 5 horas. Se une a proteínas plasmáticas en un 60-90%, principalmente a la alfa-1-glucoproteína, y se distribuye ampliamente en los tejidos, con tendencia a acumularse en el tejido graso. Su vida media varía entre 18 y 47 horas, pudiendo prolongarse con tratamientos continuados, y alcanza su concentración máxima en el cerebro aproximadamente 2 horas después de la administración. La metadona se metaboliza principalmente en el hígado a través del citocromo CYP3A4, mediante procesos de desmetilación y reducción, generando metabolitos como el EDDP (2-etilidino-1,5-dimetil-3,3-difenilpirrolidina).

La eliminación ocurre principalmente por vía renal, con un 60% excretado en la orina en las primeras 24 horas y el resto en 96 horas, compuesto por un 42% de EDDP y un 58% de metadona. La eliminación renal es variable y dependiente del pH urinario, siendo mayor en orina ácida (hasta un 35% de la dosis inalterada a pH < 5.2) y menor en orina alcalina (alrededor del 5% a pH > 6). Una porción menor se elimina a través de las heces y la bilis.

Dosis de Metadona Capaz de Causar la Muerte:

Existe gran variabilidad, por su redistribución en vida como post mortem. La mayor parte de autores consultados entienden que concentraciones en sangre superiores a 0,75 mg/L pueden

resultar mortales en todo tipo de sujetos, habituados y no habituados al consumo de opiáceos. En sujetos no habituados al consumo de opiáceos o de metadona esta concentración mortal llega a ser casi la mitad (mediana entre 0,22 y 0,43 mg/L). En términos de dosis mortal, se considera que en sujetos no habituados la dosis mortal puede ser de apenas 50 mg para adultos y de apenas 10 mg para niños. Otros autores consideran, sin embargo, que estas dosis pueden incluso llegar a ser menores en sujetos no habituados.

MORFINA

Es un alcaloide que se encuentra de forma natural en la planta de amapola (*Papaver somniferum*), específicamente en el látex de sus cápsulas. La morfina se extrae del látex mediante un proceso de extracción que incluye la recolección del jugo, la evaporación y purificación. Además de ser aislada de la planta, la morfina también se puede sintetizar químicamente en laboratorios.

Tipos de Morfina

1. Morfina Natural: Se obtiene directamente de la planta de amapola y se utiliza en su forma original o en formulaciones farmacéuticas.
2. Morfina Semisintética: Derivada de la morfina natural mediante transformaciones químicas.
3. Morfina Sintética: Aunque no es morfina en sí, existen varios opioides sintéticos que actúan sobre los mismos receptores en el sistema nervioso central, como el fentanilo

Formulaciones de Morfina

- Tabletas: Para uso oral, disponibles en diferentes dosis.
- Soluciones orales como jarabe
- Formulaciones de liberación controlada
- Inyecciones: Utilizadas en entornos hospitalarios.

Intoxicación por Morfina:

Se manifiesta clásicamente por la tríada de miosis, depresión respiratoria y disminución del nivel de conciencia. La miosis, o constricción pupilar extrema, es un hallazgo temprano y característico. La depresión respiratoria, la complicación más peligrosa, se presenta como una disminución de la frecuencia y profundidad de las respiraciones, pudiendo llevar a la apnea. La alteración del estado mental varía desde la somnolencia y el letargo hasta el coma profundo. Es crucial reconocer estos signos rápidamente, ya que la depresión respiratoria puede ser fatal y requiere intervención médica inmediata.

Farmacocinética:

La morfina se absorbe eficientemente en el tracto gastrointestinal, aunque su biodisponibilidad oral es limitada (20-25%) debido al metabolismo de primer paso hepático. La administración subcutánea o intramuscular resulta en un inicio de acción de aproximadamente 30 minutos, mientras que la vía intravenosa proporciona un efecto rápido, en unos 5 minutos. La morfina se une a proteínas plasmáticas en un 35% y se distribuye

ampliamente por el organismo. Su biotransformación ocurre principalmente en el hígado, mediante conjugación con ácido glucurónico, generando metabolitos activos e inactivos. La eliminación se realiza principalmente por filtración glomerular renal, con excreción de la morfina y sus metabolitos conjugados, y una pequeña fracción de morfina inalterada.

Metabolitos de importancia toxicológica: La morfina es metabolizada principalmente en el hígado y sus metabolitos pueden tener efectos farmacológicos significativos.

Morfina-3-glucurónido: La morfina se convierte en su forma glucurónida, que es el principal metabolito activo. Tiene propiedades analgésicas y es responsable de una parte de la eficacia analgésica de la morfina. Sin embargo, su potencia analgésica es menor en comparación con la morfina misma.

Morfina-6-glucurónido (M6G) Este es otro metabolito importante de la morfina resultante de la glucuronidación. **Actividad:** Es considerado un metabolito altamente activo y, de hecho, tiene una potencia analgésica mayor que la morfina. M6G puede contribuir a los efectos analgésicos prolongados de la morfina y tiene un perfil más favorable en términos de efectos secundarios relacionados con la respiración.

Morfina-3-glucurónido (M3G) Este metabolito también se forma a partir de la morfina mediante glucuronidación. **Actividad:** Aunque M3G tiene menos actividad analgésica, puede estar relacionado con efectos adversos como la disforia, la ansiedad y la sedación. No se considera un metabolito terapéutico en el sentido de proporcionar alivio del dolor.

Dosis de Morfina Capaz de Causar la Muerte:

Como otros opioides la variabilidad entre las concentraciones en sangre y los efectos clínicos. Los estudios han reportado un rango variable y amplio de morfina en sangre asociado a la muerte que oscila entre 0.01 microgramos/ml hasta 2.4 microgramos /ml. sin poder conocer una dosis letal de referencia.

Los reportes refieren que pacientes con valores de 2.4 mcg/ml, lograron revertir su cuadro, mientras que otros han ingresado en estado de coma y fallecer con concentraciones menores.

Dentro de las hipótesis sobre una “verdadera sobredosis” se describe en las situaciones donde la tolerancia a opioides se reduce, como sucede ante un nuevo consumo luego de un tiempo sin consumo, o con tratamiento prolongado de mantenimiento con Naloxona (antagonista de opioides), abstinencia forzada en personas privadas de su libertad.

TRAMADOL

El Clorhidrato de tramadol es un derivado sintético con baja afinidad por los receptores opioides.

Formulaciones de Tramadol

- Tabletas: Para uso oral, intranasal, rectal disponibles en diferentes dosis.
- Solución oral
- Formulaciones de liberación controlada
- Inyecciones: Utilizadas en entornos hospitalarios.

Efectos Toxicológicos:

Puede manifestarse con una combinación de toxíndromes opioides y serotoninérgicos. Aunque no presenta una tríada clásica como la morfina, los signos clave incluyen depresión respiratoria, miosis (o midriasis en algunos casos) y alteración del nivel de conciencia, que puede variar desde somnolencia hasta coma. Además, debido a su mecanismo de acción dual, pueden presentarse náuseas, vómitos, vértigo, estreñimiento, convulsiones y síndrome serotoninérgico, caracterizado por clonus espontáneo o inducible, agitación, diaforesis, temblor e hiperreflexia. Es crucial reconocer estos signos, especialmente en pacientes con antecedentes de epilepsia o en aquellos que consumen antidepresivos, ya que el tramadol puede disminuir el umbral convulsivo y potenciar los efectos serotoninérgicos.

Farmacocinética:

El tramadol se absorbe eficientemente por vía oral, con una biodisponibilidad del 70-75%, que puede aumentar al 90-100% con dosis repetidas, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas en 2-3 horas, tanto para el tramadol como para su metabolito activo M1. Posee un alto volumen de distribución, baja unión a proteínas plasmáticas (20%) y atraviesa la barrera placentaria. Su vida media plasmática es de 5-6 horas para el tramadol y 7 horas para M1. El tramadol se metaboliza principalmente en el hígado mediante N- y O-desmetilación, catalizada por el CYP2D6, generando el metabolito activo M1. El polimorfismo genético del CYP2D6 influye en los niveles de M1, con metabolizadores pobres presentando niveles más altos de tramadol y más bajos de M1. El enantiómero (+) de M1 es 100 veces más potente. El tramadol actúa como agonista de los receptores opioides μ y modula la neurotransmisión serotoninérgica. La eliminación ocurre principalmente por vía renal, con un 25-32% excretado como tramadol inalterado y un 60% como metabolitos, aunque algunos estudios reportan hasta un 90% de excreción urinaria.

Dosis de Tramadol Capaz de Causar la Muerte:

Como sucede con otros opioides las personas con dependencia física pueden tolerar dosis más altas sin generar intoxicación, la cual según la bibliografía se observó con dosis superiores a 500 mg,

El tramadol puede ser detectado en orina hasta 2-4 días después de la última dosis, siendo muy frecuente los casos de depresión respiratoria asociado al policonsumo.

FENTANILO:

Introducción sobre el Tóxico:

A finales de la década de los 50 del siglo XX, el grupo de Paul Janssen preparó una serie de derivados 4-fenil-piperidínicos de la petidina dotados de actividad analgésica. Uno de estos derivados, la fenopiridina, dio lugar al compuesto “R-4263”, denominado posteriormente “fentanilo”, dotado de un perfil farmacológico típico de opiáceos de inicio de acción rápida y corta duración.

Formas de presentación:

El fentanilo puede presentarse en varias formas, como parches

transdérmicos, tabletas sublinguales o en soluciones como las ampollas para inyecciones endovenosas. En los últimos años, el fentanilo ilícito ha causado un aumento significativo en las muertes por sobredosis, debido a su alta potencia ya que a menudo se mezcla con otras sustancias sin el conocimiento de los consumidores, lo que aumenta el riesgo de sobredosis fatal.

Mecanismo de acción:

El fentanilo es un agonista puro y selectivo del receptor opioide mu, opioide sintético de acción extremadamente potente, utilizado en el ámbito médico para el tratamiento del dolor intenso, como el que ocurre en pacientes con cáncer o después de intervenciones quirúrgicas mayores. Es entre 50 y 100 veces más potente que la morfina.

Metabolismo: clásicamente se ha utilizado por vía intravenosa en anestesia, pero desde hace algunos años, hay preparaciones transdérmicas, con una acción prolongada y con presentaciones de absorción transmucosa (rápida acción, sin necesidad de administración intravenosa). Alta liposolubilidad. Su gran potencia y tolerabilidad cardiovascular le confieren un índice terapéutico muy favorable, siendo el opioide más empleado en anestesia quirúrgica cardiovascular y en las unidades de vigilancia intensiva.

La farmacocinética del fentanilo sigue un patrón tricompartmental, con un compartimiento central formado por los órganos más vascularizados (cerebro, corazón, pulmón, hígado y riñón). Tras la administración intravenosa penetra con gran rapidez en el SNC, alcanzando el nivel máximo de acción en 4-5 min. Posteriormente se redistribuye, pudiéndose acumular en tejidos muscular y adiposo. Se absorbe por el tracto gastrointestinal pero el metabolismo intestinal y hepático (metabolismo de primer paso), le da una biodisponibilidad de tan solo un 30 %.

El fentanilo se metaboliza por la isoenzima CYP3A4 dando lugar a norfentanilo, un metabolito inactivo. Más del 80 % del fentanilo que ingresa al organismo es metabolizado por la enzima citocromo P4503A4, presente en el hígado y en el intestino. El 99 % de los metabolitos del fentanilo corresponden al norfentanilo (metabolito inactivo), el cual es excretado 76 % por orina y 8 % por materia fecal

La eficacia analgésica de fentanilo se manifiesta con niveles de 0,3 a 1,2 ng/ml, y la depresión respiratoria entre los 10 y 20 ng/ml, datos indicativos de un buen margen terapéutico. Los inhibidores del CYP3A4, sustancias que regulan la actividad de la enzima citocromo P450 3A, pueden acumular fentanilo a niveles tóxicos.

USOS alta potencia analgésica, rápido inicio de acción y corta duración de efectos permitió su asociación con neurolepticos, en la denominada "neuroleptoanalgesia". En la actualidad, el fentanilo es el anestésico quirúrgico intravenoso, más empleado a nivel mundial.

CONCLUSIÓN:

La investigación de sobredosis por opioides representa un desafío complejo en el ámbito de la medicina legal y la toxicología forense. La variabilidad en la farmacocinética y farmacodinamia de estos compuestos, sumada a la influencia de factores individuales exige un abordaje integral y multidisciplinario.

La identificación precisa de opioides y sus metabolitos en muestras biológicas, junto con la interpretación de las concentraciones encontradas, es fundamental para establecer la causa de muerte vinculada a sobredosis. Sin embargo, este proceso se ve dificultado por la redistribución post mortem y la variabilidad interpersonal.

La información recabada en este artículo sobre metadona, morfina, tramadol y fentanilo destaca la importancia de considerar tanto los hallazgos toxicológicos como los antecedentes clínicos y las circunstancias del fallecimiento. La correlación de estos datos, junto con la evaluación de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, permite una aproximación más precisa al diagnóstico de sobredosis fatal por opioides.

En este sentido, la colaboración entre médicos forenses, toxicólogos, investigadores y profesionales de la salud resulta esencial para avanzar en la comprensión de la toxicidad de los opioides y mejorar la investigación de muertes relacionadas con estas sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero, C.G. (2022). Caso Médico Forense Intoxicación letal por opio por el consumo de ejemplares silvestres de *Papaver somniferum*. *Revista Esp. de Medicina Legal*, 84-87.
- CDC. (2021). Trends and Geographic Patterns in Drug and Synthetic Opioid Overdose Deaths- United States, 2013-2019.
- Flanagan, R.J., Braithwaite, R.A., & Brown, S. (2007). Manual de Procedimiento analíticos toxicológicos para laboratorios de baja complejidad. Argentina.
- Garamendi, P.M., Segura- Abad, L.J., López-Alcaraz, M., & Rodríguez, J. (2009). Características de la intoxicación por metadona: a propósito de un caso de homicidio. *Cuadernos de Medicina Forense*, versión online.
- Gomez, C.P. (2005). Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras el consumo de opiáceos a la muerte asociada a poli consumo. *Adicciones*, 151-165.
- Gonzalez Lozano, R. U., & Jiménez, J. I. (2024). Revisión documental de fentanilo. *Revista Mexicana de Ciencias Forenses*.

Hakansson, A., Johnson, B., & Walde, J. (2023). Drug prescriptions preceding opioid-related deaths-a register study in forensic autopsy patients. Pub MED.

Herrera Solis. (2023). Amapola, lindísima amapola: de los opiáceos y los opioides, utilidad y riesgos. Revista de la Facultad de Medicina (México).

Montefusco- Pereira, C. V., & de (2016). El humor vítreo como fluido biológico de importancia clínica en ciencias forenses. Acta Bioquim Clin Latinoam, 27-35.

Segura Abad, L. J. (2003). Perfil analítico-toxicológico en cadáveres de drogodependientes tras la administración reciente de heroína y su valor médico legal.

Soria Sanchez, M. L., & Villalobos, V. (2015). Interés de las muestras para los estudios químicos-toxicológicos post mortem. Revista Española de Medicina Legal, 72-80.

UNODC. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2023. Disponible en www.unodc.org

EL DOLO EVENTUAL Y SU COLISIÓN CON LOS LÍMITES CONSTITUCIONALES DEL DERECHO PENAL

DR. AGUSTÍN M. IGLESIAS DÍEZ

Docente Autorizado 1ra Cátedra Medicina Legal (UBA). Doctor en Medicina. Médico legista universitario y abogado. Profesor Adjunto de la Facultad de Derecho (UBA). Coordinador Académico Carrera de Especialización en Medicina Legal Universidad Isalud (Director: Prof. Dr. Oscar Lossetti)

Durante nuestra formación como médicos legistas, hemos visto tres formas en que se presenta la tipicidad subjetiva en el derecho penal, ordenados de mayor a menor gravedad: el dolo, la preterintención y la culpa.

Sin embargo, muchos juristas y muchos jueces (y periodistas) hacen uso y abuso de una categoría que no tiene ningún sustento en la ley penal: el dolo eventual. Veamos por qué sostengo, al igual que muchos reconocidos juristas, que esta figura es inconstitucional.

El papel del derecho penal como mecanismo de control social es fundamental, actuando como uno de los medios más formales y severos para regular conductas perjudiciales para la sociedad. Este control social formal, ejercido exclusivamente por el Estado, requiere límites claros para su legitimidad y eficacia. El principio de ultima ratio subraya que el derecho penal debe utilizarse solo cuando otros mecanismos de control han fallado, destacando su carácter subsidiario y su función de protección social.

La interacción entre el modelo de Estado y el sistema penal es fundamental, ya que el derecho penal debe operar dentro de un marco que respete el Estado de derecho y las garantías constitucionales. Esto asegura que el derecho penal no solo sea un instrumento de castigo, sino también un medio para proteger los derechos individuales y promover la justicia social. El derecho penal, en este contexto, se convierte en un componente esencial del Estado de derecho, donde su aplicación debe ser medida y justificada dentro de los límites impuestos por la ley y los principios éticos.

Esto implica que el derecho penal debe entenderse y aplicarse no con el objetivo de justificar éticamente la pena, sino como una regulación de los límites al poder punitivo estatal, garantizando los derechos fundamentales.

Las garantías constitucionales en el proceso penal constituyen un marco fundamental que limita el ejercicio del poder punitivo estatal y asegura la protección de los derechos fundamentales de

los individuos. Estas garantías se aplican tanto en el ámbito del juzgamiento como en la definición misma de los ilícitos, y son esenciales para el mantenimiento de un Estado de Derecho donde la libertad individual y los derechos humanos son respetados y promovidos.

En este artículo me detendré sólo en una de estas garantías, quizás una de las más importantes, que es conocida como "Principio de Legalidad".

Este principio cardinal del derecho penal democrático exige que las acciones penalmente sancionables estén previamente definidas en la ley, siguiendo el aforismo "nullum crimen, nulla poena, sine lege praevia". Se traduce en cuatro exigencias claras: la necesidad de una ley escrita, su carácter previo, la precisión en la definición de las conductas prohibidas (ley cierta), y la prohibición de su aplicación analógica (ley estricta). Esto protege a los ciudadanos de la arbitrariedad y asegura que solo puedan ser sancionados por conductas expresamente prohibidas por leyes emitidas por el Poder Legislativo antes de la comisión del hecho.

Este cuádruple aspecto del principio de legalidad puede desglosarse en cuatro aspectos fundamentales, cada uno con una función específica para garantizar la seguridad jurídica y limitar el poder punitivo del Estado. Estos aspectos son:

1. Lex Praevia (Ley Previa)

Ninguna persona puede ser sancionada penalmente por un hecho que no estuviera previamente tipificado como delito en una ley vigente al momento de su comisión. Se prohíbe la aplicación retroactiva de normas penales más gravosas, salvo que favorezcan al imputado (principio de retroactividad de la ley penal más benigna, art. 2 del Código Penal).

2. Lex Scripta (Ley Escrita)

Solo la ley escrita, dictada por el Poder Legislativo, puede tipificar delitos y establecer penas. Se excluye la posibilidad de sancionar penalmente con base en normas consuetudinarias o en principios generales del derecho no plasmados en normas

legales.

3. *Lex Certa (Ley Cierta)*

Las normas penales deben ser claras, precisas y determinadas para evitar interpretaciones arbitrarias. No se admiten tipos penales vagos o imprecisos que generen inseguridad jurídica o permitan la discrecionalidad judicial en su aplicación.

4. *Lex Stricta (Ley Estricta)*

Se prohíbe la aplicación de la analogía en materia penal cuando esta perjudique al imputado. Un juez no puede interpretar extensivamente una norma penal para incluir conductas que no estén expresamente tipificadas como delito.

Estos principios tienen su fundamento en el artículo 18 de la Constitución Nacional y en el artículo 9 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como en otros tratados internacionales con jerarquía constitucional (artículo 75, inciso 22).

Aclarado esto, veamos cómo se articula este principio general del derecho con las normas penales sobre tipicidad subjetiva.

Si bien el Código Penal argentino reconoce la distinción entre dolo y culpa, no existe en el texto legal una caracterización expresa del dolo eventual. El Código Penal solo alude expresamente al dolo, pero no regula en términos explícitos el dolo eventual como forma de imputación subjetiva.

Esta falta de previsión expresa determina que la aplicación de esta figura constituya una transgresión del principio de legalidad, que exige que las normas penales sean claras y precisas, evitando el uso de conceptos abiertos o indeterminados que permitan ampliaciones interpretativas en perjuicio del imputado, de normas no escritas en el texto legal previamente a los hechos en juicio, y que impone que en caso de duda la interpretación legal debe ser beneficiosa al imputado.

Al tratarse de una construcción doctrinaria, el dolo eventual permite una expansión de la punibilidad al aplicar penas dolosas a situaciones en las que el sujeto no tiene intención directa de lesionar el bien jurídico, sino que simplemente se representa la posibilidad del resultado y sigue adelante.

Para algunos doctrinarios garantistas, esto implica una extensión indebida del concepto de dolo, transformándolo en un híbrido entre el dolo y la culpa consciente, lo que genera una mayor discrecionalidad judicial en la determinación de la responsabilidad penal. Esto podría ser contrario a los principios de certeza y previsibilidad de la pena, violando el principio *nullum crimen, nulla poena sine lege stricta*.

Desde una perspectiva, la utilización del dolo eventual abre la puerta a una aplicación expansiva y discrecional del derecho penal. La falta de un criterio uniforme para su delimitación genera el riesgo de que se condene como doloso lo que en realidad es un comportamiento culposo agravado. Esto es especialmente grave en delitos donde la prueba del elemento subjetivo es difícil de establecer (por ejemplo, homicidios en accidentes de tránsito o casos de responsabilidad penal médica).

Desde el punto de vista del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el principio de legalidad penal ha sido reafirmado en diversas sentencias de la Corte Interamericana de

Derechos Humanos (Corte IDH). En particular, la Corte IDH ha señalado que las normas penales deben ser claras y precisas, evitando interpretaciones inflacionarias que amplíen la responsabilidad penal más allá de lo estrictamente previsto en la ley.

Si bien no hay todavía un pronunciamiento por parte de la Corte IDH que sea específico sobre el dolo eventual en Argentina, un análisis bajo esta óptica podría llevar a cuestionar su compatibilidad con los estándares interamericanos de seguridad jurídica y taxatividad en la aplicación del derecho penal.

Por otro lado, desde el punto de vista de su aplicación práctica, y aún si obviásemos admitir su flagrante inconstitucionalidad, nos enfrentamos a otro problema consistente en su dificultad para diferenciarlo de la culpa con representación. Mientras que en el dolo eventual el agente acepta el resultado como posible y sigue adelante, en la culpa consciente simplemente confía en que el resultado no ocurrirá. Esta distinción es a menudo compleja de probar en la práctica, pues se basa en un juicio de intenciones internas del sujeto.

El dolo eventual exige probar que el sujeto se representó la posibilidad del resultado y, aun así, continuó con su accionar aceptando el riesgo. En muchos casos, la prueba se basa en indicios y reconstrucciones subjetivas, lo que abre la puerta a interpretaciones judiciales dispares.

Esta posición es sostenida por prestigiosos juristas y académicos argentinos tales como Luis Niño, Alberto Binder, Mariano Gutiérrez y Gustavo Vitale, entre muchos otros.

A lo largo de los años, se han presentado varios proyectos de reforma del Código Penal que han abordado de distintas maneras la problemática del dolo eventual, con idas y vueltas:

a) **Proyecto de 1960**

Este proyecto mantuvo la categoría del dolo eventual, definiéndolo en su artículo 19 como:

"Obra con dolo el que quiso de modo directo el hecho ilícito y también aquel que asintió a su producción eventual por no desistir de su acción".

Esta redacción deja en claro que el dolo eventual no era considerado una forma del dolo en la legislación penal argentina, y por eso era necesario introducirlo modificando el código. Esta propuesta no prosperó.

b) **Proyecto de Código Penal de 2012**

Este proyecto establecía que solo se castigarían aquellas acciones u omisiones cometidas con voluntad directa, por lo que eliminaba toda posibilidad de interpretación laxa (que como hemos visto, igualmente no sería constitucionalmente admisible) que dejara lugar al "dolo eventual". La reforma también introdujo una distinción entre culpa simple y culpa temeraria, basada en antecedentes históricos como el Proyecto Tejedor y el Código de Baviera.

Este proyecto no fue tratado en el Congreso y, por lo tanto, el código no sufrió modificaciones.

c) **Proyecto de Código Penal de 2014**

Este proyecto buscaba ratificar expresamente la inexistencia del

“dolo eventual”, justificando su decisión en los siguientes puntos:

1. Confusión doctrinal y jurisprudencial: Existían más de siete u ocho teorías sobre el dolo eventual, sin consenso.
2. Decisiones arbitrarias en casos de homicidios viales: Se aplicaba dolo eventual o culpa consciente según la repercusión mediática del caso, generando desigualdad en las penas impuestas.
3. Riesgo de expansión del dolo eventual: Se advertía que el dolo eventual podía ser manipulado en distintos tipos penales, como estafas, hurtos y delitos sexuales.
4. Sustitución por la culpa temeraria: Se proponía regresar a la fórmula de Feuerbach, distinguiendo entre culpa simple y culpa temeraria, con una mayor penalidad para esta última.

Al igual que el proyecto de 2012, este proyecto no prosperó en el Congreso.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha creado el concepto de “sentencia arbitraria”, identificándose como tal a aquella en que la aplicación de normas por parte de los jueces se aparta del derecho vigente, y de las leyes de la lógica, por lo que sólo refleja “la mera voluntad de los jueces”. En ocasiones, en el ámbito del Derecho el denominado “activismo judicial” o “demagogia penal”, puede llegar a conducir a que los jueces, ante casos de gran trascendencia pública o mediática, o que ofenden especialmente creencias personales del magistrado, se aparten de la solución prevista para el caso en la ley, y creen una solución basada en su voluntad de lograr un resultado que satisfaga el clamor popular o sus creencias personales. Esto no es sino la definición misma de una sentencia arbitraria. El Código Penal contempla, desde su sanción en 1921, tres y solo tres categorías: dolo, preterintención y culpa. A partir de casos de imprudencias o negligencias graves que tuvieron resultados consecuencias que produjeron gran indignación en la sociedad, se generó una discusión sobre la necesidad de incorporar al código penal una forma de culpa agravada, con una escala penal mayor a la de la culpa, pero menor a la del dolo. Ante la inacción del legislador, e inspirándose en conceptos foráneos, muchos juristas decidieron innovar por su cuenta, y diseñaron (algunos señalan sin tapujos que inventaron) este concepto de “dolo eventual”, para poder aplicar la escala penal del dolo a conductas culposas, con negligencia grave y resultado ominoso. Pero esto está prohibido por la ley, en particular, por el principio de legalidad (art. 18, CN y Art. 9 CADH).

El Congreso Nacional comparte esta visión, atento a que en el año 2017 se incorporó al Código Penal un nuevo artículo, el 84 bis, que adopta la noción de “culpa temeraria”, pero no respecto de cualquier delito, sino taxativamente para el que “por la conducción imprudente, negligente o antirreglamentaria de un vehículo con motor causare a otro la muerte”, siempre que mediere culpa temeraria. Si el legislador creyese que existe algo así como el dolo eventual, hubiese sido innecesario crear una categoría intermedia de culpa temeraria.

En síntesis: el dolo eventual es un concepto que no existe en la

ley, que ha sido pensado y concretado por algunos juristas en colisión con el principio de legalidad, con el fin de aplicar - inconstitucionalmente - la escala penal del dolo, a delitos culposos severamente reprochables.

Sin embargo, se aplica y con bastante frecuencia, sostenido con el dudoso razonamiento de que se está haciendo “justicia”. No es admisible que para lograr un resultado que, por lo antedicho y en consonancia a creencias morales personales, el magistrado juzga virtuoso, recurra a apartarse de la ley como medio de consecución: el fin no justifica los medios, y nunca se puede “hacer justicia” ignorando los límites que impone la ley.

BIBLIOGRAFÍA

- Binder, A. M. (2016). *Introducción al derecho procesal penal* (2ª ed., 7ª reimp.). Buenos Aires: Editorial Ad-Hoc.
- Buompadre, J. E. (2020). La culpa temeraria, un correctivo para el dolo eventual en el ámbito de los siniestros viales. *Revista Pensamiento Penal*.
- Gutiérrez, M. (2011). *Contra el dolo eventual*. Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal y Criminología, 1(1), 235.
- Lossetti, O.; Iglesias Diez, A. (2025). *Fundamentos de Derecho para médicos*. Editorial Erga Omnes. Buenos Aires.
- Niño, L. F. (2016). ¿Dolo eventual o culpa temeraria? En *El Derecho penal en tiempos de cambios* (pp. 6-26).
- Pérez Manrique, M. L. (2012). *Acción, dolo eventual y doble efecto*. Marcial Pons.

PODEMOS HABLAR DE RIESGOSIDAD EN SALUD MENTAL?

DANIEL H. SILVA*; MILAGROS M. MUÑIZ**; MARTÍN J. MAZZOGLIO Y NABAR***

Departamento de Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Medicina, UBA

Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses (CIDIF), Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires

*Médico. Especialista en Psiquiatría, Toxicología y Medicina Legal. Doctor en Humanidades Médicas, UBA. Profesor Regular Adjunto del Departamento de Medicina Legal, Facultad de Ciencias Médicas, UBA. Académico Titular y Director del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.

**Médica. Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Magister en Neuropsicofarmacología y Maestría en Psicooncología. Docente del Departamento de Medicina Legal, Facultad de Ciencias Médicas UBA. Psiquiatra Forense del Cuerpo Interdisciplinario Forense, P.J.N.

***Médico. Especialista en Psiquiatría, Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría y en Medicina Legal. Magister Neurociencia y Neuropsicofarmacología. Profesor Regular Adjunto de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Secretario General del CIDIF. mazzoglioynabar@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad clínica y los múltiples atravesamientos de factores que inciden en la aparición y evolución de las patologías mentales genera dificultades en la valoración del riesgo por parte de los equipos interdisciplinarios de salud mental. Esta dificultad existe en los distintos dispositivos (guardia, ambulatorio, internación) del área asistencial como de la pericial (fuero penal, civil, laboral, ejecución de la pena o a nivel criminológico)

La tarea de determinar el riesgo en las evaluaciones interdisciplinarias de salud mental conlleva una significativa complejidad puesto no sólo excluye al paradigma anterior de la peligrosidad, sino que se adentra en la valoración profesional de diversos factores cual elementos de vital importancia que deben valorarse para no sólo su determinación sino posterior gestión. De esta forma se deja atrás y sustituye la impronta positivista que caracterizó las evaluaciones en salud mental bajo el concepto de peligrosidad que tendían a la dicotomía además del contenido peyorativo que el término acarrea; pero se complejiza con el acuñamiento del concepto de "riesgo" asociado con corrientes psicopatológicas de corte psicosocial. Pero su valoración, aunque compleja, pone el foco en la situación (situación riesgosa) o contexto en función a los factores extrínsecos o intrínsecos de un sujeto, sin determinar la magnitud o grado.

La riesgosisidad es un término que se utiliza para describir la cualidad o grado de riesgo que presenta una situación, se relaciona con la magnitud del peligro o la probabilidad de que ocurra un daño o pérdida. En salud mental, debido a los múltiples factores implicados ut supra mencionados, junto con sus relaciones intra e interrelaciones, sumado a la subjetividad (historicidad, aspectos psicológicos como mecanismos de defensa o afrontamiento) es un desafío mayúsculo -y quizás

infinito o inalcanzable- puesto la conducta a evaluar, conducta humana, es imprevisible.

RESUMEN Y OBJETIVO

La evaluación del riesgo en salud mental ha experimentado un cambio paradigmático alejándose del concepto de "peligrosidad" para adoptar un enfoque más dinámico y contextual. La Ley 26657 materializa este cambio y este nuevo enfoque reconoce la complejidad de la conducta humana, influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La teoría del riesgo, un marco multidisciplinario, cuantifica la probabilidad de daño y la vulnerabilidad del sujeto, brindando un factor al concepto de riesgo que tiene aun limitaciones en el campo de la salud mental. Surge el concepto de "riesgosisidad" para precisar la magnitud del riesgo y mejorar la toma de decisiones clínicas y periciales. Su evaluación, compleja, requiere herramientas y estudios que exploren la interacción entre los factores de riesgo y las características individuales del sujeto. El objetivo del artículo es prevenir daños y promover el bienestar, respetando los derechos humanos y considerando una valoración integral que sea efectiva en los campos clínicos asistencial y pericial

DESARROLLO

El cambio paradigmático: del peligro al riesgo

La Ley 26657 materializa el avance en el cambio paradigmático de la evaluación del peligro por la del riesgo conforme se enmarca y cumplimenta los tratados vigentes a nivel internacional que nuestro país ha suscripto.

Peligro proviene del latín "periculum" y se refiere a la posibilidad, contingencia y/o factibilidad de generar o sufrir

daño. Tiene una apoyatura directa sobre lo existente, es decir, que hace mención a “el ser” y es de tipo dicotómico, además que en contexto pericial tiene fuerte pregnancia lo transversal con datos indirectos de la documental a diferencia del trabajo asistencial que toma datos en sentido longitudinal. El sujeto “es o no” peligroso, como potencia o como acción una vez que hemos pasado al estado peligroso, similar al “état dangereuse” de los franceses (Buchanan, 1999).

A finales del siglo XIX Garófalo introdujo el término peligrosidad desde una perspectiva jurídica y está muy arraigado en la disciplina del derecho (Garrido et al, 2006), pero hace su traslación a la esfera de la psicopatología dentro del contexto “lombrosiano” a finales del mismo siglo. Esta traslación estuvo asociada con el concepto “temibilidad” por el cual la peligrosidad se justificaba en las características y atributos psicológicos del sujeto que se asociaría con la concreción de futuros comportamientos conforme dichos pensadores. Si bien el surgimiento inicial del término fue desde la clínica, puesto la peligrosidad se consideraba un estado mental patológico de origen constitucional, en el siglo XX perdió parte de su sentido clínico inicial y adquirió un significado más actuarial, al incluirse en sus definiciones elementos probabilísticos y tomar en cuenta factores ambientales (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007).

Décadas posteriores el concepto de peligrosidad, como característica disposicional e inmodificable asociado o correlativo con anomalías físicas y mentales, se transformó por el de “estado peligroso”; aquí implicaba que una situación en la que por los factores de disposición del sujeto y de ambiente, en mutua compenetración, generaba que el individuo se constituyera potencialmente un ser-con-probabilidades de llevar a cabo un daño, o por lo menos, de alterar el orden social preestablecido por el derecho en las palabras de Serrano Gómez (1974). Ambos, peligro y estado peligroso, tienen una capacidad predictiva limitada y está condicionado por factores sociales, no obstante como se ha señalado, es una valoración de tipo positivista que parte su estudio desde un juicio de disvalor por condición la cual el sujeto tiene o lleva para ejercer una conducta determinada con implicancias segregatorias. Además, en la práctica clínica, se observaron limitaciones por la imprecisión de las variables estudiadas que lo conforman y técnicas para su valoración que alteran el valor predictivo del concepto en la conducta (Andrés-Pueyo A y Redondo S, 2007; Donan y Doyle, 2000; Doyle y Donan, 2006; Meehl, 1954).

Riesgo tiene una etimología también latina que deriva de “risicum”, la cual pasa al italiano “risico” y “rischio”, así como puede correlacionarse a la raíz árabe “rizq”. A diferencia del concepto de peligro, apunta a la proximidad de un daño, al estar expuesto a un hecho dañoso en forma activa o pasiva, así como a la vulnerabilidad frente al mismo. En este caso se representa “al estar” y por ende hace referencia y se basa en una valoración situacional.

Con la Ley 26657/10 se realiza y materializa el cambio paradigmático del concepto de peligrosidad al de evaluación del riesgo que como reza la ley debe ser “cierto e inminente” para las

internaciones involuntarias. Pese al tiempo transcurrido de más de una década de implementación, poco a poco se va aplicando en distintos ámbitos, si bien todavía existen bastiones que hacen referencia o solicita la evaluación de la peligrosidad como en ciertas leyes especiales (Ley 12.331 de Profilaxis, Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración, etc) e infinidad de oficios de la justicia (tanto de los fueros civil o penal) que incluyen el concepto de peligrosidad para ser evaluado en sujetos por parte de los equipos interdisciplinarios de Guardia.

No dejamos de destacar la Ley 26657 expresa en dicho concepto necesario para las internaciones involuntarias (riesgo cierto e inminente) una contradicción evidente y lógica al referirse al “riesgo cierto”. La certeza esgrimida implica conciencia de hechos que no presentan duda alguna, con confiabilidad sobre la veracidad de éstos y una secuencia de lógica, todo basado en la evidencia que puede ser transmitida y comunicada para su verificación por otros. Y el riesgo conlleva en sí mismo una cuota de incertidumbre que no se relaciona ni asocia con el concepto de certeza. El haberle adicionado el término “inminente” le adiciona una potencialidad muy eficiente desde lo valorativo a nivel clínico y pericial puesto implica una gran proximidad en cuanto a lo temporal en los casos de posibles o probables daños que se materialicen.

Visto esta discrepancia, el Decreto 603/2013 reglamentario de la Ley 26657/10 reza que “entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica”. Si bien la aclaratoria del decreto brinda luz a las limitaciones del término, enmarcado y reafirmando el contexto situacional, así como los factores extrínsecos, no puntualizando como primario en el sujeto y su diagnóstico (cabe destacar que la ley expone que los diagnósticos en salud mental no autoriza presumir riesgo de daño en su artículo 5), no brinda una completa solución puesto pone foco descriptivo en la evaluación “actual” de tipo transversal lo cual genera inconvenientes con patologías caracterizadas por evoluciones tórpidas u oscilantes en su signosintomatología.

Teoría del riesgo: componentes y factorización

La denominada teoría del riesgo es un concepto multidisciplinario que tiene utilidad y aplicación en diversos campos como la sociología, economía, derecho, medicina y psicología, además de ciencias duras como las exactas de donde toma su base epistemológica y estructurante. Estudia y analiza los riesgos, causas, consecuencias y posibles formas de gestión del mismo. Para tal fin se fundamenta en un enfoque desde la incertidumbre para alcanzar la identificación y evaluación de los riesgos con su posterior gestión. Autores como Ulrich Beck o Niklas Luhmann en la sociología o Paul Slovic y Susana

Zusman Tinman en la psicología y ciencias jurídicas hicieron aportes y avances para la comprensión y aplicabilidad de esta teoría en la clínica (Moscoso, 2022).

Según esta teoría, el riesgo tiene componentes los cuales deben ser evaluados al momento de realizar una evaluación completa bio-psico-social en pacientes de Salud Mental. El riesgo cuantifica la realización de daños o capacidad de generarlos, así como la vulnerabilidad que un sujeto tiene frente al mismo. Si bien la valoración del riesgo es en un momento, en el aquí y ahora, se deben tomar valores previos, constitucionales y factores (modificables y no modificables) de una persona frente al mismo (Paradas, 2003).

El riesgo es la combinación de la probabilidad que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, y está sujeto a dos variables: la condición riesgosa y la vulnerabilidad.

La condición riesgosa es una conducta, actividad humana o condición que puede generar lesión, muerte o algún impacto deletéreo en la salud o daños materiales o de otra índole.

La vulnerabilidad depende de las características subjetivas de una persona y las circunstancias que lo pueden hacer susceptible al daño. Está relacionado directamente con la exposición al mismo y la susceptibilidad de cada quien, y de forma inversa con la resiliencia que tenga el sujeto.

La exposición es entendida como la condición de presencia y desventaja de un sujeto frente a un determinado evento adverso; lo cual estará dado por la susceptibilidad o grado de fragilidad interna del mismo para enfrentar dicha amenaza y/o peligro. En el caso de la resiliencia, es la capacidad del sujeto para resistir, adaptarse y/o recuperarse de los efectos dañinos de manera oportuna y eficaz.

Expresado en fórmulas:

$$\text{Riesgo} = \text{Condición Riesgosa} \times \text{Vulnerabilidad}$$

$$\text{Vulnerabilidad} = \text{Exposición} \times \text{Susceptibilidad} / \text{Resiliencia}$$

Todos estos factores que se implican en la construcción del riesgo deben ser evaluados y tenidos en cuenta al momento de una decisión por parte de los profesionales, así como especificados para poder evaluación en el pronóstico las mejoras o no de la intervención realizada.

Riesgo y riesgosisdad: limitaciones y oportunidades cualitativas con traslación a la clínica

Existen múltiples factores que complejizan las evaluaciones: biológicos, psicológicos y sociales o ambientales. Por tal motivo es que el abordaje interdisciplinario construido desde lo multidisciplinario es vital, necesario y único en cuanto al mecanismo de afrontamiento para valorar en estos casos.

Los biológicos se refieren a alteraciones neurológicas, endocrinológicas e intoxicaciones; los psicológicos representan a trastornos de la personalidad, la violencia, retraso mental, alteraciones psicopatológicas, crisis emocionales, estados de ánimo, prejuicios y actitudes; y los sociales se vinculan con el

entorno, exposición a modelos, subculturas, confrontaciones o situaciones de crisis social intensas. En la mayoría de las veces los factores actúan de manera conjunta, y el conocimiento de la interacción entre éstos es determinante para evaluar y predecir el nivel de riesgo.

Los factores de riesgo son una variable que se relaciona de manera positiva con algún resultado, en este caso el riesgo cierto e inminente de una persona. Que un factor de riesgo se relacione con la situación de riesgo cierto e inminente significa que la presencia de ese factor y la situación varían en conjunto, es decir, que incrementa la probabilidad que un evento ocurra o se agrave sin una intervención. Los factores de riesgo no son dicotómicos, existen casos que pueden presentarse de forma gradual (Scurich, 2016). Lo opuesto a éstos son los factores protectores, que se refieren a variables vinculadas de forma negativa con la situación de riesgo, es decir que al presentarse reducen la probabilidad que ocurra la conducta disruptiva al futuro o se agrave.

En virtud de la naturaleza, los factores de riesgo pueden dividirse en dos tipos: estáticos (no modificables) o dinámicos (pueden modificarse y tal vez cambiar).

Limitaciones de la valoración del riesgo:

1. los instrumentos se centran en el aumento de los factores de riesgo y deja de lado los factores protectores o personales
2. ninguno de los procedimientos existentes está vinculado con el desarrollo de estrategias de gestión, ya que para la toma de decisiones se recurre al juicio clínico no estructurado
3. se requieren estudios que evalúen y supervisen los procesos de aplicación de cada evaluación del riesgo para determinar si funcionan de manera correcta y reconocer áreas a mejorar.

Hasta aquí, si bien se estudian los múltiples factores y su clasificación en la posibilidad de modificación o no, así como las interrelaciones entre aparición de éstos, no se cuantifican los factores de riesgo en cuanto a la magnitud que se produzca el riesgo o la probabilidad que ocurra el daño. Será necesario para una toma de decisión con mayor precisión, o al menos acercamiento a una eficiencia en la toma de decisión en cuanto al riesgo, que se establezca la magnitud del riesgo que ocurra un daño o situación negativa para el sujeto o terceros con lo que:

- Se necesita conocer la magnitud que cada factor tiene
- Que dicha magnitud esté relacionada (o correlacionada) con factores individuales del sujeto con que los porte (aspectos de su estructuración psicológica, de sus mecanismos de defensa y de afrontamiento frente al contexto)
- Que se relacione la variedad en la magnitud en función a la existencia interrelacionada de los factores existentes y de éstos en forma individual y en conjunto con los antecedentes del individuo

Si bien analizar todos estos factores y su correlación e implicancia entre sí es de una dificultad mayúscula, tanto desde lo estrictamente semiológico como de instrumentos que lo permitan desde lo estadístico, podría brindar más herramientas al momento de la toma de decisiones en contexto clínico para

realizar internaciones como externaciones como también desde lo pericial para las conclusiones de pericias o el análisis de riesgo de reiterancia en casos del análisis criminológico.

Por todo lo expuesto es que, si bien el avance de cambio paradigmático ha sido positivo todavía necesita del análisis y construcción más pormenorizada que den cuenta del grado de riesgo, la gestión necesaria posterior sobre dichos elementos, así como magnitud en las consecuencias subjetivas y del entorno. El análisis de la riesgosisad, como fuera postulado hace años en un artículo de autoría del Dr. Silva en 2017, es una vía de respuesta a las existentes limitaciones que la teoría del riesgo y el concepto de riesgo traen aparejados para su aplicación en salud mental desde una perspectiva asistencial como pericial.

CONCLUSIONES

La labor de los equipos profesionales de salud mental en sus contextos clínico asistencial o pericial presentó un cambio significativo dado la aparición rupturista del paradigma de riesgo. Este nuevo paradigma de valoración dinámica del riesgo fue materializado en la Ley 26657 y focaliza en la evaluación situacional y contextual del sujeto con sus factores múltiples bio-psico-sociales, además de la gestión efectiva del mismo con coherencia y eficacia para alcanzar la prevención del mismo o su disminución.

El trabajo clínico e interdisciplinario es vital para su abordaje y demarcación, pero la inexistencia de instrumentos o técnicas, así como de estudios sobre la magnitud de los factores en cada sujeto en particular basado en las inter e intra-relaciones de factores, generan una limitancia en la tarea predictiva. Consideramos que plantear el concepto riesgosisad sería de utilidad para abordar la magnitud de factores implicados y aumentaría la eficiencia en la toma de decisiones en salud mental, siempre desde una óptica enmarcada en los derechos humanos y conforme con la legislación vigente.

BIBLIOGRAFÍA

Andrés-Pueyo A y Redondo S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo* 2007, 28(3):157-73.

Buchanan, A. (1999). Risk and dangerousness. *Psychological Medicine*, 29, 465-473.

Decreto reglamentario 603/2013. 28 de mayo de 2013, República Argentina

Dolan, M. y Doyle, M. (2000). Violence risk prediction, Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.

Doyle, M. y M. Dolan (2006). Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189(6), 520-526.

Garrido V, Stangeland P, Redondo S. Principios de criminología, 3º ed, Valencia, 2006.

Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, 2010. 2 de diciembre de 2010, República Argentina

Lossetti, O. Peligro y riesgo: dos conceptos desde y para la medicina legal. Ponencia Universidad Isalud. Mayo 2020

Meehl, P. (1954). Clinical vs. statistical prediction, a theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Moscoso, J. A. J. (2022) Introducción a la teoría estadística del riesgo. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia.

Paradas, J.M. (2003) El riesgo como construcción conceptual. *Rev. Catalana de Seguretat Pública*, 13, 11-31.

Scurich N. An introduction to the assessment of violence risk. *International perspectives on violence risk assessment*, Oxford University Press, 2016.

Serrano Gómez, (1974) La ley de peligrosidad y la rehabilitación social. ADPCP. 1974.

Silva, D.H. (2017) Riesgosisad: Un nuevo paradigma desafío pericial. *Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial*. Ediciones Jurídicas, 6, 145-160



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

www.amfra.org.ar