EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Fundamentos de MEDICINA LEGAL

CIENCIAS MÉDICAS • MEDICINA LEGAL

Fundamentos de MEDICINA LEGAL

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Fundamentos de MEDICINA LEGAL

CIENCIAS MÉDICAS • MEDICINA LEGAL

La Habana • 2021

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Fundamentos de medicina legal/ Colectivo de autores; editor científico Francisco Ponce Zerquera.--La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021.
204 p.: il., tab. — (Colección Ciencias Médicas. Serie Medicina Legal).

-

-

Medicina Legal, Ética Médica, Bioética, Traumatología/ética, Toxicología Forense, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Médicos Forenses/legislación & jurisprudencia

W 700

Cómo citar:
Colectivo de autores. Fundamentos de medicina legal [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/fundamentos_medicina_legal/indice_p.htm

Editor científico: Francisco Ponce Zerquera
Edición: Dra. Giselda Peraza Rodríguez
Diseño: D.I. Amanda Rodríguez Sánchez y D.I. Meylín Sisniega Lorigados
Emplane: Téc. Amarelis González La O

© Colectivo de Autores, 2021
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2021

ISBN (PDF) 978-959-313-924-3
ISBN (Epub) 978-959-313-925-0

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, No. 654 entre D y E, El Vedado
La Habana, CP 10 400, Cuba
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfono: (+53) 7836 1893
Sitio web: www.ecimed.sld.cu

Autores

Francisco Ponce Zerquera (editor científico)
Especialista de II Grado en Medicina Legal
Profesor Auxiliar y Consultante
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Víctor Manuel Rodríguez Guevara
Máster en Salud Pública
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Especialista de II Grado en Administración de Salud
Presidente de la Sociedad Cubana de Medicina Legal
Instituto de Medicina Legal

Gliceria Lleo Jiménez
Máster en Criminología
Especialista de II Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Elisa Isabel Montalvo Vidal
Especialista de II Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Marta Eugenia Vázquez Ortiz
Máster en Educación Médica
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Elisa Regla Gálvez Cabrera
Máster en Toxicología Clínica
Especialista de II Grado en Medicina Legal
Investigador Agregado
Profesora Auxiliar
Vicerrectoría Académica
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Héctor Soto Izquierdo
Máster en Antropología
Licenciado en Biología
Antropólogo Forense
Asistente
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Dodany Machado Mendoza
Máster en Antropología
Licenciado en Biología
Antropólogo Forense
Asistente
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Maritza Domínguez Méndez
Máster en Ciencias del Laboratorio Clínico
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Genética Clínica
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Ernesto Pérez González
Doctor en Ciencias Médicas
Máster en Criminología
Especialista de II Grado en Psiquiatría
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

María de los Ángeles Hernández Sosa
Doctor en Ciencias Pedagógicas
Máster en Educación Médica
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Investigador Agregado
Profesora Titular
Facultad de Ciencias Médicas Calixto García
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Halina Pérez Álvarez
Máster en Investigación en Aterosclerosis
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Alejandro José Caral Gutiérrez
Máster en Salud Pública
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Profesor Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Ruth Juárez Fontanet
Máster en Investigaciones en Aterosclerosis
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Asistente
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Cristina Cabrera Hernández
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Instructor
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Juan Alberto Abreu Scull
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Asistente
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Alicia Marlenne Basanta Montesinos
Máster en Salud Pública
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Yleana Vizcaíno Dime
Máster en Salud Ambiental
Especialista de I Grado en Medicina Legal
Profesora Auxiliar
Instituto de Medicina Legal
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Prefacio

La confección de un libro lleva, en primer lugar, un proceso de toma de conciencia de la necesidad y utilidad de su contenido para algún beneficio social. En ese proceso intervienen factores subjetivos y objetivos que van a ayudar en la correcta toma de decisiones. La necesidad de hacer un nuevo libro de medicina legal para los estudiantes de la carrera de Medicina surge, en principio, del hecho que el texto actual tiene más de 20 años de editado. Además, dado el tiempo transcurrido, los conocimientos han evolucionado y los planes de estudio y la legislación en Cuba han sido actualizados, todo lo cual hace necesario un nuevo texto que dé respuesta a los requerimientos actuales.

Si bien el libro responde al programa de estudio de la asignatura en la carrera de medicina, al analizar la envergadura de tan importante propósito y tener en cuenta que los contenidos de cualquier texto de medicina legal están condicionados por la legislación del país, los autores han entendido que también puede constituir fuente de orientación a médicos, juristas, psicólogos, biólogos, policiólogos, criminólogos, entre otros profesionales que necesiten de una consulta acerca de cómo enfrentar una situación determinada en el marco de los procedimientos medicolegales y la legislación vigente o cualquier otro asunto dentro de las amplias fronteras de la medicina legal. La ausencia de otros libros nacionales recientes sobre esta materia potencializa esta necesidad.

La medicina legal es una ciencia de aplicación de conocimientos propios o de otras ciencias para resolver los problemas que el derecho le plantea a la medicina, lo que determina debe contar con conocimientos muy variados para poder dar respuestas precisas y capaces de resolver los asuntos planteados. El programa de la asignatura Medicina Legal y Ética Médica está concebido para preparar al futuro médico, de manera que pueda enfrentar las demandas de la sociedad.

Como la aspiración fundamental de este libro es precisamente que el estudiante cuente con una fuente de conocimientos organizados que le facilite su preparación para enfrentar los asuntos medicolegales que se le plantean una vez graduado, lo hemos estructurado siguiendo el programa de la asignatura de forma tal que le ayude en el estudio de las diversas materias que contiene.

El libro consta de 14 capítulos, en los que se presenta una visión de la medicina legal desde los aspectos más generales incluyendo la historia de la medicina legal en

Cuba, los elementos básicos de la ética y la bioética, y los más específicos para su preparación como futuro médico a partir del hecho conocido de que toda actuación médica exige una conducta científica-técnica y un comportamiento ético, y de la frase que sustenta que "aquel que de medicina solo sabe ni de medicina sabe". Comienza con los capítulos Generalidades, Derecho médico y Ética médica y Bioética. Continúa con el importante tema de la Traumatología forense de la cual el destacado profesor español Lecha Marzo dijo "si bien la tanatología dio origen a la medicina legal, la traumatología es la que más ha determinado su crecimiento y desarrollo". También se incluye capítulos de Toxicología forense, Sexología forense, Obstetricia legal, Psiquiatría forense, Seguridad social, Identidad y un aparte necesario para la Genética forense. Otro gran tema, la Tanatología forense, dedicado al estudio de la muerte y el cadáver, la Asfixiología medicolegal y un capítulo dedicado a los documentos medicolegales donde pueden encontrarse los de más frecuente uso en el ejercicio diario de la profesión.

Debemos reconocer la ayuda incondicional prestada por las Dras. Elisa Isabel Montalvo Vidal y Marta Eugenia Vásquez Ortiz durante el proceso de concepción, confección y análisis de los capítulos del libro y en la preparación, desarrollo y recogida de actas de las sesiones de trabajo. También a la Dra. Halina Pérez Álvarez que en la etapa final nos ayudó con presteza en la búsqueda de información y otras precisiones. No puedo dejar de incluir en esta relación a mi esposa, la Lic. Caridad Salas Abreu, por su estímulo y ayudas constantes en el proceso de elaboración del capítulo que me correspondió directamente, y en el resto de las tareas de revisión y análisis del contenido del libro.

Francisco Ponce Zerquera
Noviembre de 2020

Contenido

Capítulo 1. Generalidades de la medicina legal/ 1

Medicina legal como ciencia/ 2
- Características de la medicina legal/ 3
- Importancia social de la especialidad/ 4
- Etapas del desarrollo histórico de la medicina legal/ 5
- Premisas de la Escuela Cubana de Medicina Legal/ 7

Funciones del médico general y sus actuaciones medicolegales/ 8
- Procedimientos medicolegales/ 9
- El médico ante la administración de justicia/ 9
- Diferencias entre médico legista y médico forense/ 11
- Documentos medicolegales de uso frecuente en la práctica médica/ 12

Aspectos generales del derecho médico/ 12
- Delito/ 12
- Bases legales que sustentan la actuación médica en Cuba/ 13

Bibliografía/ 14

Capítulo 2. Derecho médico/ 15

Deberes médicos establecidos por la ley/ 17
- Delito, definición y variedades/ 18
- La denuncia del delito/ 18

La responsabilidad legal del médico/ 19
- Responsabilidad penal/ 19
- Responsabilidad civil/ 20
- Responsabilidad administrativa/ 20

Bibliografía/ 21

Capítulo 3. Ética médica y bioética/ 22

Ética/ 22

Bioética/ 23

Principios de la ética médica y la bioética/ 24
- Consentimiento informado/ 25

Relaciones entre la ética médica, la bioética y la práctica médica/ 26
- Códigos éticos y deontológicos/ 26
- Comisiones de ética médica/ 27
- Comités de ética de la investigación/ 27
- Ética en la docencia y en la investigación científica en medicina/ 28

Responsabilidad moral del médico y del personal paramédico/ 29
- Secreto profesional y sus límites/ 30
- Error médico y la iatrogenia médica o los efectos adversos/ 30

Dilemas bioéticos/ 31
Dilemas bioéticos al comienzo de la vida/ 32
Dilemas bioéticos en el transcurso de la vida/ 33
Dilemas bioéticos al final de la vida/ 34
Bibliografía/ 36
Anexos: Códigos y declaraciones/ 38
Anexo 3.1. Juramento de Hipócrates/ 38
Anexo 3.2. Código de Núremberg/ 38
Anexo 3.3. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos/ 40
Anexo 3.4. Principios de la ética médica/ 46
Anexo 3.5. Resolución Ministerial N.º 138/2009 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba/ 50
Anexo 3.6. Resolución Ministerial N.º 40/2014del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba/ 55
Anexo 3.7. Resolución N.º 458/2019 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba/ 58
Anexo 3.8. Declaración de Venecia sobre la enfermedad terminal/ 64

Capítulo 4. Traumatología forense/ 67

Actuaciones medicolegales y bases legales ante un lesionado/ 68
Lesiones por agentes vulnerantes: contusiones y heridas/ 69
Contusión/ 69
Lesiones causadas por arma blanca/ 73
Heridas por arma blanca/ 73
Lesiones producidas por arma de fuego/ 74
Heridas por arma de fuego/ 74
Lesiones ocasionadas por quemaduras/ 75
Clasificación clínica de las quemaduras/ 75
Lesiones ocasionadas por caídas y precipitaciones desde alturas/ 76
Clasificación de las caídas/ 76
Lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito/ 77
Certificación de las lesiones/ 78
Metodología para la correcta descripción de las lesiones/ 78
Dictamen de las lesiones por sanidad legal/ 79
Parte de estado/ 80
Historia clínica/ 80
Bibliografía/ 80

Capítulo 5. Toxicología forense/ 82

Generalidades de la toxicología forense/ 82
Toxicología conductual/ 83
Legislación y drogas/ 83
Definición de droga/ 86
Clasificación de las drogas/ 86
Importancia medicolegal de las drogas/ 87
Conducta del médico de asistencia ante un paciente intoxicado/ 88

Diagnóstico y certificación del uso de drogas/ 89
Portadores humanos de drogas/ 94
Aspectos éticos del diagnóstico del consumo de drogas/ 95
Bibliografía/ 96

Capítulo 6. Sexología forense/ 98

Aspectos medicolegales de los delitos sexuales/ 98
Delitos sexuales de mayor interés medicolegal/ 99
Violación/ 99
Pederastia con violencia/ 100
Abusos lascivos/ 100
Estupro/ 100
Actuación del médico general ante víctimas de delitos sexuales/ 101
Bibliografía/ 102

Capítulo 7. Obstetricia medicolegal/ 103

Embarazo/ 103
Diagnóstico medicolegal del embarazo e importancia en las distintas esferas del derecho/ 103
Parto, simulación y disimulación/ 104
Puerperio/ 105
Aborto y aborto ilícito/ 105
Aspectos importantes del aborto ilícito/ 106
Conducta del médico ante la presunción de un aborto ilícito/ 106
Bibliografía/ 107

Capítulo 8. Psiquiatría forense/ 108

Psicopatología medicolegal/ 108
Psicopatología en el terreno penal/ 111
Eximentes y atenuantes de la responsabilidad penal/ 112
Estado peligroso e índices de peligrosidad de carácter psicopatológico/ 116
Incapacidad civil/ 120
Capacidad e incapacidad en razón de la edad/ 121
Procesos judiciales de incapacidad/ 122
Criterios jurídicos de incapacidad plena y de capacidad restringida/ 124
Criterios clínicos de incapacidad plena/ 124
Criterios clínicos de capacidad restringida/ 126
Invalidez laboral/ 127
Estado legal del enajenado mental/ 128
Bibliografía/ 129

Capítulo 9. Seguridad social/ 132

Antecedentes históricos de la seguridad social/ 132
Bases legales del Sistema de Seguridad Social en Cuba/ 133

Sistema de Seguridad Social/ 133
Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales/ 134
Conducta del médico de asistencia ante un paciente que ha tenido un accidente del trabajo o común, o una enfermedad profesional o común/ 135
Certificado médico o modelo 53-63 del Ministerio de Salud Pública/ 136
Requisitos para la confección del certificado médico/ 136
Aspectos a tener en cuenta para la elaboración del certificado médico/ 137
Causas para anular un certificado médico/ 137
Sistema de Peritaje Médico Laboral/ 138
Bibliografía/ 139

Capítulo 10. Identidad/ 141

Procedimientos para la identidad relativa e importancia medicolegal/ 142
Identificación/ 142
Determinación de la edad y el sexo/ 143
Grupo racial, ancestralidad o filiación racial/ 149
Situaciones de desastres/ 149
Bibliografía/ 150

Capítulo 11. Genética forense/ 151

Antecedentes históricos de la genética forense/ 151
Aplicaciones de la genética forense/ 151
Conflictos de filiación e investigación biológica de la paternidad/ 152
Comportamiento de las bases legales de la filiación en Cuba/ 152
Principales conflictos de filiación/ 153
Clasificación de los conflictos de filiación/ 153
Técnicas utilizadas para determinar la filiación/ 154
Funciones del médico general en los conflictos filiatorios/ 155
Bibliografía/ 156

Capítulo 12. Tanatología forense/ 158

Muerte/ 158
Terminología tanatológica/ 159
Importancia medicolegal de la muerte encefálica/ 161
Aspectos medicolegales derivados de la muerte encefálica/ 161
Diagnóstico de la muerte/ 162
Cese de los latidos cardiacos y de la circulación/ 162
Supresión de la respiración/ 163
Espasmo cadavérico/ 163
Pérdida de la contractilidad muscular/ 163
Enfriamiento cadavérico/ 164
Livideces cadavéricas/ 165
Rigidez cadavérica/ 166
Putrefacción cadavérica/ 167
Tiempo o data de la muerte/ 171

Estudio del cadáver/ 172
Estado legal del cadáver/ 172
Examen del cadáver/ 173
Conducta del médico de la familia ante un fallecido por muerte violenta o por muerte natural/ 174
Intervenciones sobre el cadáver/ 175
Actuaciones medicolegales relacionadas con la muerte y el cadáver/ 177
Bibliografía/ 182

Capítulo 13. Asfixiología medicolegal/ 184

Asfixias de interés medicolegal/ 184
Ahorcamiento/ 184
Estrangulación/ 186
Sofocación/ 187
Sepultamiento/ 189
Sumersión/ 189
Aspectos preventivos a tener en cuenta por el médico general/ 190
Bibliografía/ 191

Capítulo 14. Documentos medicolegales/ 192

Documentos medicolegales más importantes y frecuentes/ 193
Historia clínica/ 193
Receta médica/ 194
Certificados médicos/ 195
Metodología para el correcto llenado de los documentos medicolegales/ 197
Bibliografía/ 197
Anexos/ 198
Anexo 14.1. Certificado de asistencia de primera intención de un lesionado/ 198
Anexo 14.2. A: Certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas/ 199
Anexo 14.2. B: Guía para el examen clínico/ 200
Anexo 14.3. Certificado médico/ 201
Anexo 14.4. Certificado médico de defunción/ 202

Capítulo 1

Generalidades de la medicina legal

Víctor Manuel Rodríguez Guevara

La medicina legal, como resultado de su evolución histórica, se ha convertido en una ciencia con características muy peculiares que, aun cuando mantiene un vínculo muy estrecho con otras ramas de las ciencias médicas, la diferencia notablemente de estas.

A lo largo del desarrollo histórico de la humanidad, las diferentes sociedades han tenido la necesidad de resolver múltiples conflictos de orden sanitario para los cuales la tenencia de conocimientos, habilidades y aptitudes ha sido vital.

La disposición de los restos mortales de una persona se convirtió, desde las tempranas épocas de la comunidad primitiva, en un asunto de extraordinaria importancia para la comunidad, por lo que fue necesario designar personas para que realizaran esta actividad. De igual forma, fue necesario investir de autoridad a determinadas personas para que decidieran la conducta a seguir ante un individuo que había dañado severamente la salud de otra, bien por lesiones o por causarle la muerte. Con el surgimiento de la medicina como profesión, estas y otras múltiples responsabilidades fueron derivadas hacia los médicos, quienes vinculando sus conocimientos con los presupuestos morales y jurídicos existentes auxiliaban a quienes tenían la responsabilidad de tomar decisiones en la resolución de conflictos de este tipo.

La propia evolución de la sociedad ha llevado implícita la necesidad de pasar del empleo de los conocimientos empíricos iniciales hasta la utilización del elevado desarrollo científico técnico alcanzado en el último siglo, para hacer más eficiente y veraz la información que emane de los informes emitidos. La especialización en diferentes ramas del saber influyó, determinantemente, en la aparición de disímiles vertientes de las ciencias, por lo que las médicas no escapan de esta. Surge así la medicina legal como insustituible auxiliar de la administración de justicia.

Sin embargo, la gran responsabilidad medicolegal no ha variado, ya que, desde la antigüedad, al médico se le ha dado la responsabilidad de dictaminar sobre determinados casos, tanto dentro de la actividad propiamente médica, como fuera de esta. En el primero de los supuestos, cuando se presume que han existido violaciones de las reglas de arte médico, o en caso del segundo, se presuma la existencia de un hecho criminoso.

La antes mencionada responsabilidad médica implicó, desde la edad antigua hasta la contemporaneidad, la imposición de penas o sanciones por tratamientos que no cumplieron con las expectativas de los interesados por malas prácticas, o por

negligencias, que pudieron llegar, en los casos más severos, hasta la muerte, amputaciones, la libertad o multas pecuniarias.

Medicina legal como ciencia

Definir a la medicina legal, disciplina que tiene modos de actuar, contenidos, características y propósitos diversos no es tarea fácil. De ahí que diferentes autores, de diversos países y en diferentes épocas del devenir histórico de las ciencias, hayan propuesto algunas, que en mayor o menor medida se ajustan a su principal objetivo: ser un valioso auxiliar de la administración de justicia. La mayoría de estas coincide en mostrar el estrecho vínculo existente entre la medicina y el derecho. Pero esta afirmación, aun cuando tiene una dosis importante de verdad, es demasiado simplista para explicar la complejidad de esta ciencia.

Desde la más simple, que parte de quienes dicen que la medicina legal es un puente entre la medicina y el derecho, lo que pudiera atribuirse a los primeros intentos de lograr una definición, en correspondencia con el propio proceso evolutivo de la sociedad y el vertiginoso desarrollo científico técnico alcanzado por esta, hasta la actualidad, con la transformación de todos los procesos analógicos a la tecnología digital, así como lo relacionado con la informatización y las comunicaciones, se han ido promoviendo diferentes definiciones.

Es de destacar el hecho de la coincidencia, entre los autores, de reflejar el estrecho lazo de unión entre las ciencias médicas y el campo del derecho, pero adicionan la necesidad de otros conocimientos, como lo expresa la siguiente: "Medicina legal es el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el Derecho, tanto en la práctica de las leyes, como en su perfeccionamiento y evolución".

Otros autores, aun cuando mantienen la misma línea de conceptos anteriores, complican el asunto al hacer sinónimos los términos de medicina legal, medicina forense, medicina judicial y jurisprudencia médica. La Escuela Cubana de Medicina Legal acepta como válidos los sinónimos de medicina legal y medicina forense, por entender que el fin último de ambas es contribuir al mejor desenvolvimiento de la justicia social, aunque no desconoce la existencia de múltiples cuestiones que las diferencian.

El anterior libro de texto de la asignatura, publicado en el año 1998 por un colectivo de autores dirigido por el Profesor de Mérito y Doctor en Ciencias Francisco Lancís Sánchez, muestra dos definiciones para ilustrar esta compleja tarea:

> "Para Buhner, la medicina legal es la ciencia del médico que se aplica a los fines de la ciencia del derecho", mientras que Pellegrini la define como la disciplina medica que se propone el estudio de la personalidad fisiológica y patológica del hombre en lo que respecta al derecho".

El Profesor Raimundo de Castro y Bachiller, uno de los más eminentes médicos legistas de Cuba, que ejerció como profesor titular de la asignatura durante una buena parte

de la primera mitad del siglo xx, tomando lo más avanzado del desarrollo alcanzado por las ciencias en general y de la medicina legal en particular, nos legó la definición que ha llegado hasta la actualidad, con plena vigencia, la cual se considera una de las más completas e ilustrativas: "La medicina legal es la aplicación de los conocimientos médicos y sus ciencias auxiliares a la investigación, interpretación y desenvolvimiento de la Justicia Social".

En esta definición no solo se expresa la utilidad de los conocimientos médicos y biológicos, sino que se extiende a la necesidad de la aplicación de los conocimientos médicos y de otras ciencias auxiliares, dejando sentado, con meridiana claridad, la necesidad de la aplicación de todos los conocimientos que puedan ser de utilidad para los fines de auxiliar, adecuada y científicamente, a la administración de justicia.

Esta definición, también lleva en sí los propósitos fundamentales de la medicina legal, ya convertida en una ciencia de aplicación, como son la investigación, la interpretación y el desenvolvimiento de la justicia social.

A la luz de los conceptos más modernos se puede afirmar, como complemento de lo anterior, que la medicina legal es también una ciencia que tiene su actuar basado en la evidencia.

Características de la medicina legal

La Escuela Cubana de Medicina Legal le atribuye a la especialidad las características siguientes:

- Es proteica y polimorfa en su constitución.
- Es heterogénea en sus propósitos concretos.
- No tiene por finalidad la curación del enfermo.

La propia definición da fe de lo variada y abarcadora que es esta ciencia. Cuando se dice aplicación de los conocimientos médicos y sus ciencias auxiliares, se está involucrando a todo aquel conocimiento que sea de utilidad para esclarecer un asunto determinado. Utilizando los siguientes ejemplos, es posible esclarecer esa afirmación: una aparente simple lesión por arma blanca. ¿Cómo se podría llegar a formular un pronóstico legal, si no se conocieran aspectos medulares de anatomía humana?, ¿qué es un arma blanca y cuáles son las características de las lesiones o heridas que produce? O, en el caso de esclarecer la participación de un conductor en un hecho, en ocasión de conducir vehículos por la vía pública, en el que se presume la ingestión de bebidas alcohólicas, si no se conoce el metabolismo y los efectos del etanol en el organismo humano; o, en casos más complejos, donde es necesario dictaminar sobre la capacidad mental de una persona, tanto en el campo del derecho penal como en el civil, si no se tiene una comprensión clara del papel del individuo como ente biopsicosocial, y la necesidad de interactuar con otras especialidades tanto médicas como no médicas. Infinitos serían los ejemplos que pudieran ponerse a fin de demostrar lo proteico y polimorfo de la constitución de la medicina legal.

De igual forma, al hablar de heterogeneidad de propósitos de esta ciencia, no hay comparación con otra rama de la medicina, pues el médico legista tiene que enfrentar en su práctica profesional aspectos tan disímiles, como los más conocidos de diagnosticar la muerte de una persona y diferenciar si se trata de una muerte natural o de una muerte violenta, ya que, aunque en ambos casos uno de los fines es determinar las causas de su ocurrencia, en el caso de la medicina legal se requiere mucho más.

Ya antes se hizo referencia a la determinación de la capacidad mental de una persona, pero el médico legista debe aportar elementos de prueba para la determinación, por parte del Tribunal, de que una mujer o un hombre han sido víctimas de delitos sexuales. En la actualidad, está cobrando mucha fuerza la creación de comisiones de responsabilidad penal, integradas por médicos legistas y de otras especialidades, según sea el caso de que se trate, para determinar la responsabilidad penal del personal médico (entiéndase médicos, licenciados, enfermeras y técnicos), en la atención de un paciente, en la que se presume la existencia de violaciones de las reglas del arte médico.

Por último, la característica más evidente: no tiene por finalidad la curación del enfermo, porque su objetivo supremo es el de esclarecer científicamente los hechos puestos por las autoridades competentes a su análisis para que, con las conclusiones que se deriven de los estudios realizados, se promueva una mejor y más adecuada administración de justicia.

Por todo lo anterior, el vínculo estrecho y permanente existente entre lo científico y lo técnico con lo ético y jurídico debe fortalecerse cada día con un estudio profundo de las evidencias en cada caso y la actualización constante con los avances de la ciencia.

Importancia social de la especialidad

No cabe duda de que por ser una ciencia médico-social, la medicina legal es imprescindible para los especialistas en cuestión, pues es la herramienta con la cual pueden desempeñar su papel social como auxiliar de la administración de justicia. Es importante también para todos los médicos, debido a que, por ley, cualquiera puede ser llamado a deponer ante un tribunal de justicia sobre aspectos vinculados con el trabajo médico. Además, les permite poder orientar, de forma adecuada, a las personas que lo necesiten sobre la conducta a seguir ante determinadas situaciones que se presentan en la sociedad, y que implican la participación médica y la jurídica.

Para los instructores policiales y los juristas es de inestimable valor; ya que, con el concurso de sus conocimientos, pueden valorar de forma adecuada los dictámenes médicos que tienen que analizar para la toma de decisiones en sus respectivos campos de trabajo.

Otro ejemplo de la importancia social de la especialidad lo es para los gobernantes y legisladores, ya que sin los conocimientos medicolegales no les sería posible legislar en aspectos que involucran a los individuos, a la familia y a la sociedad, en temas como los delitos contra la vida o los de la seguridad social, por solo poner dos ejemplos.

Para la sociedad en general es de gran importancia, pues dentro del dominio de la especialidad se tratan aspectos concernientes a la moral, a la ética y a la salud social.

Etapas del desarrollo histórico de la medicina legal

La literatura especializada recoge como primer experto en la materia a Imhotep, quien vivió en Egipto, aproximadamente 3000 a. C., y fue alta autoridad judicial del rey Zoser y arquitecto de la gran pirámide de Sakkara. Entre sus múltiples actividades se dedicaba al embalsamamiento de cadáveres. En este sentido, es necesario señalar que los fines de estas actividades de conservación de cadáveres se hacían más bien con carácter religioso que médico-jurídico.

El aporte de la medicina mesopotámica consiste en el "Código de Hammurabi", escrito en Babilonia 1700 años a. C., el que contiene los datos más antiguos de lo que será el derecho médico. En la Edad Media se destacaron los códigos de Justiniano y el Hsi Yuan Lu en China. El código Justiniano apareció en los años 529 a 564 d. C., en la declinación del imperio romano, y en este se regulaba la práctica de la medicina, la cirugía y la obstetricia, y se imponían penas severas por mala práctica profesional.

Por su parte, Hsi Yuan Lu fue escrito por un juez chino en el siglo XIII. En este código ya se clasificaban las lesiones de acuerdo con el instrumento que las causaba, y su gravedad se establecía de acuerdo con la región corporal afectada. En dicho código también se detallaban métodos para examinar víctimas de asesinatos.

La medicina legal apareció por primera vez en Alemania, en el siglo XVI; la Ley Carolina, promulgada por Carlos V en 1532, que obligaba a expertos en medicina (esencialmente barberos-cirujanos de la época) a intervenir sobre los cadáveres en caso de homicidio voluntario o involuntario, imponiéndose una pena proporcional a las lesiones producidas.

Etapas del desarrollo histórico de la medicina legal en Cuba

En la etapa precolombina, no existen evidencias de prácticas de la medicina legal. Una vez que llegan los españoles a América, trajeron con ellos algunas estructuras administrativas que existían en la metrópoli; fue, de esta manera, que se establecieron en Cuba los Cabildos. El Cabildo es el organismo que regía de forma directa los asuntos administrativos de cada ciudad, el cual velaba por los intereses de la comunidad e intentaba resolver los problemas que le afectaban en materias tan diversas como el aseo, el ornato, el manejo de bienes públicos, entre otros. Este dictaba normas de buena convivencia y normaba los precios a los productos de primera necesidad, por ejemplo, el pan. También tenían a su cargo dirimir conflictos entre vecinos, como en el caso de riñas donde resultaran lesiones o muerte de personas. Estas acciones, que pueden considerarse como el embrión de futuras actuaciones medicolegales, no eran realizadas por médicos, sino por vecinos seleccionados entre los de mayor probidad y buena conducta dentro de la comunidad.

Ya más avanzada la etapa colonial, se instala en Cuba, en el año 1711, la primera forma de Organización de la Salud Pública que existía en España, el Real Tribunal del Protomedicato.

Era este un cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicos, cirujanos y farmacéuticos), así como de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales. Creado en España en el siglo XV; en el siglo XVI se extendió a las colonias. Fue suprimido a principios del siglo XIX, manteniéndose en Cuba hasta el 1833. Es justo asegurar que, en Cuba, la enseñanza universitaria condicionó el verdadero desarrollo de la medicina legal como ciencia.

En 1728 se funda la Real y Pontificia Universidad del Máximo Dr. San Gerónimo de La Habana, encontrándose la enseñanza de la medicina dentro de las primeras cinco cátedras universitarias.

Un año antes que comenzara en España la enseñanza de la Medicina Legal, la inició en La Habana el Dr. José de Lletor y Castroverde, al dictar un curso en el Real Colegio Seminario de San Carlos y San Ambrosio en 1838.

En el año 1842 ocurre una reforma en la universidad, convirtiéndose en Real y Literaria Universidad de La Habana. Es en este año que se funda la cátedra de Medicina Legal, Toxicología, Higiene Pública, Policía Médica, Historia, Biografía y Bibliografía Médica, asignatura esta que se impartía en el 3.er año del Bachillerato en Medicina, otorgada al profesor español Dr. José Lletor y Castroverde.

El primer cubano que desempeñó la cátedra fue el ilustre Dr. Ramón Zambrana y Valdés. Destacado intelectual, hombre de profundos conocimientos enciclopédicos, médico, químico, botánico, distinguido poeta, literato consumado, gran escritor y elocuente orador. Fue uno de los fundadores de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, de la que fue su primer secretario. Se le considera el precursor de la Escuela Cubana de Medicina Legal.

Una vez concluida la etapa colonial, se establece la etapa republicana, y en 1902, se incorpora a la cátedra como ayudante graduado el Dr. Raimundo de Castro y Bachiller, quien llegaría a ser la más importante figura de la medicina legal en Cuba y permanecería en la cátedra durante 52 años, 30 de estos como Profesor Titular, hasta su fallecimiento el 14 de enero de 1954. El profesor Raimundo de Castro es considerado el fundador de la Escuela Cubana de Medicina Legal.

Con el triunfo de la Revolución en 1959 se originan modificaciones en la enseñanza, se dictan las bases fundamentales para la reforma de la enseñanza superior. Por acuerdo del 10 de enero de 1962, el Consejo Superior de Universidades dispuso la sustitución de la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología por departamento de Medicina Legal. En 1986, un nuevo y vigoroso plan de estudios crea la asignatura de Medicina Legal y Ética Médica, y en el año de 1976 se extiende a todas las provincias la enseñanza de la Medicina Legal. Al tiempo en que ocurrían estas modificaciones en la enseñanza

de la Medicina Legal, se transforman instituciones que realizaban prácticas asistenciales de la especialidad.

En 1958 se comienza la construcción del edificio que acogería la Morgue Judicial, Banco de órganos y tejidos de La Habana, el cual inicia sus actividades al año siguiente, y se mantiene con ese nombre hasta 1960, en que se le denomina Instituto de Medicina Legal. En todo ese periodo, la medicina forense se subordinó a la administración de justicia, y no es hasta el año 1965 que se transfiere el Cuerpo Médico Forense del Ministerio de Justicia al Ministerio de Salud Pública, lo que incluyó también el llamado Instituto de Medicina Legal.

En 1971 se creó en Cuba el sistema para la formación de especialistas de medicina legal, mediante el programa del régimen de las residencias médicas. En esta actividad desempeñaron un importante papel los profesores Francisco Lancís y Sánchez, Ignacio Fournier Ruiz y el Profesor Consultante Francisco Ponce Zerquera. Los dos primeros en la elaboración del programa docente y la estrategia de formación de los residentes, y el tercero en la captación y selección, por todo el país, de los mejores candidatos a realizar la especialidad, quienes una vez graduados se convertirían en el embrión de la actividad medicolegal en los diferentes territorios del país.

En la actualidad, la medicina legal, tanto desde el punto de vista de su formación de pregrado como de posgrado, así como desde su práctica asistencial está distribuida por todas las provincias del país. Cada universidad de ciencias médicas cuenta con un colectivo de profesores que imparte la asignatura a los estudiantes de medicina. El colectivo perteneciente a los servicios provinciales de medicina legal, además de la práctica asistencial, imparte docencia de posgrado para formar a los residentes de esta especialidad.

Además, los profesores de Medicina Legal imparten cursos en las facultades de Derecho, así como cursos de posgrado a jueces, fiscales, abogados e instructores policiales, en aras de mejorar las competencias y el desempeño de cada uno de ellos en el ejercicio de sus funciones.

Premisas de la Escuela Cubana de Medicina Legal

Desde los momentos fundacionales de la Escuela Cubana de Medicina Legal, los pioneros de la especialidad pusieron énfasis en actuar bajo los más puros principios morales, éticos y jurídicos, apegándose a la más estricta verdad científica, sin dejarse influir por personas o circunstancias ajenas al hecho que se investigaba. Esa actitud se ha mantenido hasta la actualidad, y está sustentada en las premisas siguientes:

- Probidad intelectual en la apreciación de los hechos.
- Prudencia en las opiniones, sin debilidad.
- Alta responsabilidad moral y jurídica.
- Respeto a la verdad histórica.
- Respeto a la semántica y al buen decir.

Funciones del médico general y sus actuaciones medicolegales

La Ley N.º 41 Ley de la Salud Pública, a la cual se ha hecho y hará referencia en múltiples ocasiones por ser una de las bases legales de la actuación medicolegal expresa, en su Sección Decimotercera, lo relacionado con las actuaciones medicolegales, y en ese sentido expresa lo siguiente:

ARTÍCULO 44.- Se consideran actuaciones medicolegales aquellas actividades médicas que se desarrollan en las unidades asistenciales y demás dependencias del Sistema Nacional de Salud en ocasión de prestarse atención facultativa a una persona que presente enfermedad o lesión en su integridad física o mental que implique una responsabilidad penal, o sea determinante de una concreta situación medicolegal.

ARTÍCULO 45.- De igual modo son consideradas actuaciones medicolegales la realización de actividades contenidas en declaraciones, dictámenes, informes, certificados o partes relacionadas con la salud del paciente, emitidos espontáneamente o a solicitud de la unidad asistencial o dependencia del Sistema Nacional de Salud, por las autoridades judiciales o los funcionarios de los organismos competentes, siempre que las actividades relacionadas se refieran a cuestiones médicas.

Los médicos generales, que prestan sus servicios en los policlínicos, en relación con las actuaciones medicolegales que deben realizar, se rigen por lo que está establecido en el Reglamento General de esas instituciones que en su capítulo XXII, De la actuación medicolegal, expresa lo siguiente:

ARTÍCULO 84.- Se considera actuación medicolegal cualquier actividad médica o de prestación de servicios de salud que se produzca en el Policlínico, sus consultorios o en cualquier otro lugar del Área de Salud o vinculada a esta que, en ocasión de prestar atención facultativa a cualquier persona, por enfermedad, lesión u otra razón, logre envolver una responsabilidad profesional o determine una situación jurídica establecida. Las conductas médicas en estos casos se rigen por los procedimientos medicolegales establecidos para estos casos.

ARTÍCULO 85.- El Policlínico, a través de sus médicos, brinda el servicio de reconocimiento y expedición de certificado de defunción en caso de muerte natural.

ARTÍCULO 86.- En los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, el médico que conozca de esta, orienta a quienes corresponda formular la denuncia ante la autoridad competente, para que se solicite la atención del médico especializado.

ARTÍCULO 87.- Cuando se trate de muertes accidentales o suicidio y en base a las condiciones reales del lugar que así lo aconsejen, el médico del Policlínico accederá a la solicitud de la autoridad judicial competente para realizar el levantamiento del cadáver e incluso la expedición del certificado médico de defunción, si las circunstancias del hecho no obligan a presentar responsabilidades en el orden judicial.

ARTÍCULO 88.- El Policlínico, a través de sus médicos, brinda el servicio de reconocimiento y expedición de certificado de aptitud para el trabajo, mediante exámenes preempleo, periódicos y de reintegro al trabajo. En el caso de sospecha de enfermedad ocupacional, remite al trabajador para la atención del médico especializado.

Procedimientos medicolegales

La actuación profesional médica, al relacionarse con lo que constituye un interés social, forzosamente está condicionada por disposiciones legales, y ello exige casi siempre una forma de actuar o un procedimiento pautado por leyes, reglamentos o por la costumbre, tanto en lo adjetivo o formal como en lo intrínseco o sustantivo. El conjunto de reglas y normas de conducta de esa típica actuación del médico en su ejercicio profesional constituyen los procedimientos medicolegales.

Los procedimientos medicojudiciales o medicoforenses son los establecidos por las leyes procesales que indican o norman el uso y la práctica de las actuaciones de los médicos ante los tribunales de justicia, ya sea de la jurisdicción penal o de la civil. Son disposiciones generales aplicables en los casos de delitos, como homicidio, lesiones, violación y otros (jurisdicción penal), o a cuestiones como la declaración de incapacidad (jurisdicción civil).

Los procedimientos medicoadministrativos son múltiples y variados, y se determinan por disposiciones que reglamentan las actuaciones médicas en las cuestiones de la administración de salud u otra. Frecuentemente corresponden a los organismos o centros de la salud pública.

Los procedimientos medicolaborales o medicosociales surgen de la aplicación de las disposiciones de la seguridad social. A veces pueden tenerse como medicojudicial o medicoadministrativos.

Una nítida separación de los tres procedimientos no pasa muchas veces de ser esquemática y teórica.

El médico ante la administración de justicia

Dejando de un lado la posibilidad de que el médico puede ser acusado o denunciante por su condición de ciudadano; es importante limitar la explicación de lo antes indicado para dar paso a lo siguiente: El médico, como profesional de la medicina, puede encontrarse en tres situaciones, ya sea como testigo, como certificador y como perito.

Ejemplos de estas situaciones son las siguientes:

- Testigo: El médico puede recoger una información valiosa dada por un herido grave u otra persona durante la asistencia. No es el caso típico; su importancia es circunstancial.
- Certificador: La actuación del médico en este sentido es muy frecuente, como también puede ser trascendente o importante. Además, se debe aclarar que

la palabra certificador se utiliza por la Escuela Cubana con valor definidor en el contexto medicolegal, aunque no la utiliza la perspectiva procesal; no obstante, parece útil para comprender y definir esta frecuente actuación médica. Es importante recalcar que la actuación del certificador no supone necesariamente la expedición de un certificado, ya que cualquier otra forma de documento (parte, carta oficio o comunicación como la especial forma del certificado), no expresan nada más que un hecho determinado conocido o desconocido por el médico que lo consigna o expresa un criterio definido que por el documento lo afirma, lo asevera o certifica. El significado legal y ético del documento es patente.

– Perito: Es la situación más trascendente en que puede encontrarse el médico, y en el orden profesional, científico y técnico puede llegar a ser brillante. De la acepción común que se tiene de la palabra perito, sinónima de experto, y en relación con lo establecido por las leyes de procedimiento (penal y civil), se entiende como médico perito al profesional médico que somete a la consideración de un tribunal una información, juicio o criterio, de carácter científico o técnico, para ayudar al juzgador a conocer o apreciar de manera adecuada algún hecho o circunstancia importante que requiere para su correcta interpretación conocimientos de orden médico.

Acorde con el artículo 202 de la Ley de Procedimiento Penal, los médicos designados peritos lo son con carácter de peritos titulares, ya que el mencionado artículo establece que son tales "... los que poseen capacitación académica reconocida oficialmente en una ciencia, arte o profesión cuyo ejercicio está regulado legalmente". Resulta oportuno señalar que este precepto explica que pueda ser perito titular un estomatólogo.

La diferencia entre el testigo y el perito está dada en que el primero depone por conocer lo que ha visto u oído, y el segundo depone sobre lo que no ha visto ni oído, de lo que se impone por lo recogido por la instrucción del caso.

La comparación entre la actuación de los peritos y la información ofrecida por los testigos permite establecer las diferencias siguientes:

– 1.ro: El perito es la persona conocedora de la materia o asunto sobre lo cual informa o dictamina, y el testigo es el que tiene conocimientos de hechos por haberlos captado por sus sentidos.
– 2.do: El perito puede ser sustituido y el testigo no tiene sustituto posible.
– 3.ro: El perito, en ciertas ocasiones, puede excusarse de actuar, ya que otro puede sustituirlo; sin embargo, el testigo, tiene la obligación de declarar para auxiliar a la administración de la justicia.
– 4.to: El perito no comete delito si se equivoca de buena fe, en cambio el testigo delinque cuando no dice la verdad.
– 5.to: El testigo será advertido de la obligación en que está de decir la verdad, sin ocultar lo que sepa, y la responsabilidad penal con que incurriría si faltare a tales deberes (artículo 179 de la Ley de Procedimiento Penal), y el perito es advertido de la obligación

de proceder bien y fielmente en el desempeño de sus funciones, sin proponerse otro fin que el de descubrir y declarar la verdad (artículo 210 de la propia Ley).

– 6.to: El perito se supone que siempre tiene conocimientos, el testigo puede estar carente de estos.

Los deberes morales de los peritos revisten extraordinaria importancia, pero su ulterior desarrollo dentro del capítulo que trata sobre ética médica permite resumirlos en simple relación, tomada del antiguo *Tratado de Mata*: Veracidad, franqueza, buen uso de la libertad de profesión, celo y diligencia, valor y entereza; moderación, paciencia y urbanidad, imparcialidad, probidad intelectual en la apreciación de los hechos, inclinación al bien en la duda, mesura y prudencia, lealtad, consideración y respeto a los juicios ajenos.

La Ley de Procedimiento Penal establece cuándo y para qué se dispone la realización de una prueba pericial. La propia Ley especifica quiénes son las personas que pueden ser nombrados como peritos, y también el número de estos. En ese sentido aparecen en el texto de la citada Ley los artículos relativos al "Dictamen Pericial":

ARTÍCULO 200.- Puede disponerse el dictamen pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho de importancia en la causa, se requieren conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos.

ARTÍCULO 201.- Para la práctica de toda diligencia pericial se utilizarán necesariamente los peritos designados oficialmente con ese carácter. Si no los hubiere de la clase respectiva, se utilizarán otros, conforme a la regulación de este Capítulo.

ARTÍCULO 202.- Los peritos pueden ser o no titulares. Son peritos titulares los que poseen capacitación académica reconocida oficialmente en una ciencia, arte, profesión u oficio respecto a los cuales no se expida título oficial de capacitación.

ARTICULO 205.- Nadie puede negarse a acudir al llamamiento para desempeñar un servicio pericial, a menos que esté legítimamente impedido.

ARTICULO 210.- Al dar comienzo al acto, se les advierte a los peritos de la obligación de proceder bien y fielmente en el desempeño de sus funciones, sin proponerse otro fin que el de descubrir y declarar la verdad.

Diferencias entre médico legista y médico forense

Médico legista es aquel profesional de la medicina, que una vez concluidas las actividades de su servicio social, o concluidas sus actividades como especialista de medicina general integral ha cursado los estudios de especialización de posgrado en la especialidad de medicina legal y obtenido el correspondiente título que lo acredita como Especialista de I Grado en esta especialidad. En casos excepcionales, se puede acceder a la residencia de medicina legal por la vía directa, es decir, una vez concluidos los estudios de medicina, sin necesidad de cumplir con el servicio social ni de haber realizado la especialidad de medicina general integral.

El médico forense es aquel que desempeña un cargo oficial retribuido para prestar servicios como auxiliar de la administración de justicia. Erróneamente se le tiene como

un perito médico, y en realidad solo actúa como tal, cuando es designado por la autoridad competente, como el Instructor policial, conforme a las disposiciones de la Ley de Procedimiento Penal.

En resumen, los médicos forenses son facultativos que administrativamente dependen del Ministerio de Salud Pública y desempeñan actuaciones medicolegales por disposiciones judiciales.

Documentos medicolegales de uso frecuente en la práctica médica

Aun cuando esta materia será desarrollada en el capítulo correspondiente a documentos medicolegales, no se debe dejar de expresar en el marco introductorio algunos de los documentos de uso más frecuente en la práctica médica. Son estos la historia clínica, la receta médica, el certificado médico de salud y enfermedad del trabajador, certificado médico de defunción; certificado médico de defunción neonatal; certificado de asistencia de primera intención de un lesionado; certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas y el dictamen de la Comisión de Peritaje Laboral.

Aspectos generales del derecho médico

Los aspectos concernientes al derecho médico serán expuestos con mayor amplitud en el capítulo correspondiente a este tema, no obstante, a modo de introducción se exponen algunas consideraciones de esta importante actividad.

Debe entenderse por derecho médico, la parte o capítulo de la medicina legal que trata de la normación jurídica del ejercicio profesional de la medicina. El término es utilizado en ocasiones para sustituir al de medicina legal, cuando en verdad no pasa de ser una parte de esta disciplina, como también lo son la medicina forense o la deontología médica.

Pudiera admitirse como designación sinónima la de jurisprudencia médica, también utilizada, a veces, con sentido más lato como medicina legal. El uso de estos términos con acepciones no bien precisadas lleva a la confusión semántica que, si para algunos no es trascendente, no deja de requerir esta breve aclaración.

Delito

La palabra delito deriva del verbo latino delinquere, que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la ley. La definición de delito ha diferido y difiere todavía en la actualidad entre escuelas criminológicas.

El Código Penal Cubano en su Título IV, referido al delito, contiene en el Capítulo I "El Concepto de Delito", y define este en los artículos siguientes:

ARTÍCULO 8.1.- Se considera delito toda acción u omisión socialmente peligrosa prohibida por la ley bajo conminación de una sanción penal.

ARTÍCULO 8.2.- No se considera delito la acción u omisión que, aun reuniendo los elementos que lo constituyen, carece de peligrosidad social por la escasa entidad de sus consecuencias y las condiciones personales de su autor.

Y continúa el propio Código Penal en su Capítulo II definiendo los diferentes tipos de delitos, según la intencionalidad o no del autor de cometerlos y los diferencia de la manera siguiente:

ARTÍCULO 9.1.- El delito puede ser cometido intencionalmente o por imprudencia.

ARTÍCULO 9.2.- El delito es intencional cuando el agente realiza consciente y voluntariamente la acción u omisión socialmente peligrosa y ha querido su resultado, o cuando, sin querer el resultado, prevé la posibilidad de que se produzca y asume este riesgo.

ARTÍCULO 9.3.- El delito se comete por imprudencia cuando el agente previó la posibilidad de que se produjeran las consecuencias socialmente peligrosas de su acción u omisión, pero esperaba, con ligereza, evitarlas, o cuando no previó la posibilidad de que se produjeran a pesar de que pudo o debió haberlas previsto.

El deber de denunciar el delito

Toda persona, incluidos los médicos y otros profesionales y técnicos de la salud, con conocimiento de que se ha cometido o se intenta cometer un delito, deja de denunciarlo a las autoridades, tan pronto como pueda hacerlo, incurre en el delito de Incumplimiento del deber de denunciar previsto en el Código Penal, en su Capítulo X, que expresa:

ARTÍCULO 162.- El médico que al asistir a una persona o reconocer a un cadáver nota u observa signos de lesiones externas por violencia o indicios de intoxicación, de envenenamiento o de haberse cometido cualquier delito y no da cuenta inmediatamente a las autoridades, consignando los datos correspondientes, incurre en sanción de privación de libertad de seis meses a dos años o multa de doscientas a quinientas cuotas, siempre que el hecho no constituya un delito de mayor entidad.

Bases legales que sustentan la actuación médica en Cuba

Existen múltiples documentos legales que le permiten al médico actuar conforme a la ley, en las diferentes áreas en las que se extiende su campo de acción; es decir, la administrativa, la civil, la laboral, la penal, la militar y también en lo relacionado con lo ético o moral.

Estas bases están recogidas en todas las leyes, resoluciones y reglamentos, entre otras, que en su confección señalan aspectos médicos. Las principales son:

- Constitución de la República.
- Código Penal.
- Ley de Procedimiento Penal.
- Código Civil.

- Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral.
- Ley de la Seguridad Social (Ley N.º 105 de 2008).
- Ley N.º 41 de la Salud Pública (1983).
- Código de Trabajo (Ley 116 de 2014).
- Decreto Ley N.º 234 de 2003 de la maternidad de la trabajadora.
- Decreto Ley N.º 339 y 340 "de la maternidad de la trabajadora" Gaceta Oficial Extraordinaria N.º 7, 2017.
- Reglamento General de Hospitales.
- Reglamento General del Policlínico.
- Resolución 283 de 1914 del MINSAP (lista de enfermedades profesionales).
- Resolución 52 de 1994 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS) (funcionamiento de comisiones médicas de peritaje).
- Resolución 176 del MINSAP/1989 (expedición de certificados médicos y "hago constar").
- Ordenanzas sanitarias.
- Registro Nacional de profesionales de la Salud.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular (2003). Decreto Ley N.º 234 de 2003 de la Maternidad de la Trabajadora. La Habana.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1987). Ley N.º 59. Código Civil. 13 de octubre de 1987.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. Gaceta Oficial de la República de Cuba Edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1987). Ley N.º 7. Ley de procedimiento civil, administrativo, laboral y económico. Revisado en: http://www.cubalegalinfo.com/lpcale-indice.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública. La Habana. Gaceta Oficial de la República de Cuba Edición Ordinaria N.º 12. 22.

Asamblea Nacional del Poder Popular. Ministerio de Justicia (1999). Ley N.º 5. Ley de Procedimiento Penal (actualizada). La Habana.

Asamblea Nacional del Poder Popular. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2013). La Habana, Cuba; Código del Trabajo. Ley N.º 116.

Constitución de la República de Cuba (2019). Gaceta Oficial de la República de Cuba; La Habana, Cuba.

Lancís Sánchez, F. *et al.* (1999). *Lecciones de Medicina Legal*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

Ley N.º 62 Código Penal (1998). Edición actualizada, concordada y comentada. Editorial Félix Varela, La Habana.

Ministerio de Salud Pública (2008). Reglamento General del Policlínico. Resolución Ministerial N.º 135.

Ministerio de Salud Pública (2007). Reglamento General de Hospitales. Anexo a la Resolución Ministerial N.º 1.

República de Cuba (2017). Gaceta Oficial extraordinaria N.º 7. Decreto Ley N.º 339 y 340 "de la maternidad de la trabajadora" Capítulo I

Capítulo 2

Derecho médico

Gliceria Lleó Jiménez

El derecho médico es una disciplina casi inexistente en el derecho, aunque en el campo de la medicina es el que se ocupa de la normación jurídica del ejercicio profesional y se considera hasta hoy como parte o capítulo de la medicina legal. En ocasiones se utiliza como sinónimo el término jurisprudencia médica; pero, si se realiza el análisis se vería que jurisprudencia significa: conjunto de las sentencias, decisiones o fallos dictados por los tribunales de justicia o las autoridades gubernativas o doctrina o enseñanza que se extrae de este conjunto de sentencias o norma de juicio que sustituye las omisiones o lagunas de la ley, y que se basa en las prácticas seguidas en casos iguales o parecidos, o sea, que no es propiamente el derecho médico.

El derecho médico surge de las relaciones sociales que se originan en la prestación de los servicios de salud de los profesionales y técnicos de dicha rama y sus estudiantes entre sí, con los enfermos y sus familiares, con las instituciones asistenciales, docentes y de investigación y con la sociedad vinculadas en su mayoría a cualquiera de las variantes del acto médico que puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, terapéutico, y de rehabilitación (Colectivo de autores, 2004). No existe una definición jurídica de acto médico, pero algunos autores proponen un concepto de este, como: "Toda actividad lícita desarrollada por un profesional médico legítimamente capacitado conducente a la curación de una enfermedad o a la promoción de la salud integral de la persona" (Gisbert Calabuig, 2004).

Son fuentes del derecho médico (dispersas en diversas ramas del derecho), las bases legales que sustentan las actuaciones médicas. Entre otras que se exponen en relación con los temas tratados en este libro se encuentran:

- Constitución de la República de Cuba.
- Ley N.º 41/1983 Ley de la Salud Pública.
- Decreto ley N.º 139/1988 Reglamento de la Ley de la Salud Pública.
- Resolución N.º 1/2007 Ministro de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales.
- Resolución N.º 135/2008 Ministro de Salud Pública. Reglamento General de Policlínico.
- Ley N.º 62/1988 Código Penal.
- Ley N.º 5/1977 Ley de Procedimiento Penal.
- Ley N.º 105/2009 Ley de la Seguridad Social.

- Ley N.º 116/2014 Código de Trabajo.
- Resolución N.º 283/2014 Ministro de Salud Pública. Sobre las enfermedades profesionales.
- Resolución N.º 283/2014 Ministro de Salud Pública. Listado de las enfermedades profesionales y el procedimiento para la prevención, análisis y control de estas en el Sistema Nacional de Salud.
- Resolución 52/1994 del Ministro de Trabajo y Seguridad Social Sobre las Comisiones Médicas de Peritaje Laboral.
- Ley N.º 59/1989 Código Civil.
- Ley N.º 7/1987 Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico.
- Decreto Ley N.º 339 y 340/2017 de la maternidad de la trabajadora.
- Resolución 176/1989 Ministro de Salud Pública. Sobre la expedición de certificados médicos.
- Resolución N.º 458/2019 Ministro de Salud Pública. Metodología para la evaluación de la responsabilidad médica vinculada a los procesos penales.
- Resolución N.º 9/1992 Ministro de Salud Pública. Reglamento general sobre manipulación de cadáveres y restos humanos.
- Resolución N.º 59/1990 Ministro de Salud Pública. Establece las disposiciones para la regulación de las actuaciones con fallecidos extranjeros en Cuba.
- Resolución N.º 90/2001 Ministro de Salud Pública. Establece los principios para la determinación y certificación de la muerte en Cuba.
- Resolución N.º 139/1982 Ministro de Salud Pública. Sobre la emisión del certificado de asistencia de primera intención de un lesionado.
- Decreto N.º 326/2014 Reglamento del Código de Trabajo de Cuba.
- Ley N.º 105/2009 Ley de Seguridad Social.
- Decreto-Ley N.º 283/2009 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Reglamento de la Ley N.º 105/09 de Seguridad Social.
- Instrucción 1/2018 Ministro de Salud Pública. De la Receta médica (Modelo 53-05-04) y (Modelo 53-78).

La juridicidad de la actividad médica profesional depende del sistema socioeconómico existente en cada país para establecer la relación profesional médico-paciente. En Cuba, la Constitución establece la atención gratuita e integral a la salud de todos los ciudadanos, por tanto, la relación profesional se establece de dos formas: médico-paciente y médico-estado, en la primera está presente todo lo relacionado con los deberes del médico y el aspecto ético, mientras que en la segunda está todo lo relacionado con lo administrativo, disciplinario y laboral.

Los requisitos para ejercer la profesión médica son:

- Capacidad científica: Dado por el título expedido por el Ministerio de Educación Superior de Doctor en Medicina. Si fuesen ciudadanos extranjeros, cuyo título no fue

emitido en Cuba, deberán realizar la convalidación o equiparación de sus estudios; todo ello regulado en la Ley de Salud en su capítulo v, Del Ejercicio de la Práctica Médica artículo 91.
- Capacidad legal: Estar inscripto en el Registro General de Profesionales de la Salud.
- Debe prestarse el juramento correspondiente en la forma que legalmente se dispone (Ley de Salud Capítulo v artículo 89).

De no cumplirse estos requisitos, se estaría en presencia del ejercicio ilegal de la medicina. Esto está representado en el Código Penal cubano en su artículo 149 en el delito de Usurpación de Capacidad Legal, que plantea: "El que, con ánimo de lucro u otro fin malicioso, o causando daño o perjuicio a otro, realice actos propios de una profesión para cuyo ejercicio no está debidamente habilitado…"

Deberes médicos establecidos por la ley

Los deberes médicos establecidos por la ley se encuentran dispersos en diversas leyes, resoluciones y disposiciones jurídicas, entre estas el Código Penal, la Ley de Salud, la Resolución Ministerial 584 de 2014 (reglamento disciplinario de los trabajadores de la salud), entre otros.

Se consideran deberes fundamentales de los médicos los siguientes:
- Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de los pacientes, y observar una conducta consecuente con los principios de la moral socialista y las normas de la ética médica.
- No expedir certificados médicos, recetas, dietas o dictámenes periciales no ajustados a la realidad por facilismo o superficialidad.
- Atender la salud de la ciudadanía y evitar cualquier acto que pueda ser constitutivo de delito y que por su trascendencia pueda perjudicar el prestigio de la actividad médico asistencial, la formación docente o la investigación.
- Prestar auxilio o socorro al herido.

Cuando se violan estos deberes, la ley contempla tipificaciones delictivas relacionadas con estos como, por ejemplo, en el Código Penal:
- Si no se prestara asistencia médica, el artículo 146 establece el delito de "denegación de auxilio y desobediencia".
- Si no se evita un acto que pueda constituir delito, como es no denunciar las lesiones u homicidio o el aborto ilícito, el artículo 162 establece el delito de "incumplimiento del deber de denunciar".
- Si se emiten certificados falsos, el artículo 254 establece el delito "falsificación de certificados facultativos".
- Si se expiden recetas médicas y administración de sustancias psicotrópicas con fines distintos a los terapéuticos, los artículos 192 y 193 establecen el delito "producción, venta, demanda, tráfico, distribución y tenencia ilícitos de drogas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras de efectos similares".

- Si no se reportan las enfermedades trasmisibles, el artículo 195 establece el delito de "otras conductas que implican peligro para la salud pública".

Delito, definición y variedades

En los párrafos anteriores se ha expresado conductas violatorias de la ley por parte de los médicos al no cumplir con sus deberes, es necesario dejar claro el concepto de delito y de sus variedades.

Se considera delito toda acción u omisión socialmente peligrosa prohibida por la ley bajo conminación de una sanción penal (artículo 8.1 Código Penal cubano).

Las variedades del delito pueden ser:

- Intencionales o dolosos. Cuando la persona realiza consciente y voluntariamente la acción u omisión socialmente peligrosa y ha querido su resultado, o cuando sin querer el resultado, prevé la posibilidad de que se produzca y asume este riesgo (artículo 9.2 del Código Penal cubano).
- Por imprudencia o culposos. Cuando la persona previó la posibilidad de que se produjeran las consecuencias socialmente peligrosas de su acción u omisión, pero esperaba con ligereza evitarlas, o cuando no previó la posibilidad de que se produjeran a pesar de que pudo o debió haberlas previsto (artículo 9.3 del Código Penal cubano).

La denuncia del delito

Tal como se expresó al referir los deberes médicos, cuando durante la atención médica el profesional tiene la presunción de que se ha cometido un delito, bien sea de lesiones, homicidio o de aborto ilícito, tiene el deber de ponerlo en conocimiento de las autoridades competentes por medio del certificado correspondiente. De no hacerlo, puede cometer el delito de "incumplimiento del deber de denunciar", según establece el artículo 162 del Código Penal.

El artículo 116 de la Ley de Procedimiento Penal establece respecto a la denuncia varios elementos que el médico debe conocer, por ejemplo:

- El denunciante no incurrirá en ningún caso en otra responsabilidad que la correspondiente a los delitos que hubiere cometido por medio de la denuncia o en ocasión de esta.
- Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios, tuvieren noticias de que se ha cometido un delito perseguible de oficio, están obligados a denunciarlo inmediatamente ante un Tribunal, Fiscal, Instructor; unidad de policía o, no habiendo esta, ante la unidad militar más próxima al sitio donde ejercieren sus cargos.
- Si un funcionario o empleado de una unidad estatal incumpliere esta obligación, se pondrá en conocimiento de su superior jerárquico a los efectos que procedan en el orden administrativo o laboral.

Es importante conocer que, la Ley de Procedimiento Penal, en el artículo 117 esclarece que los ascendientes o descendientes del acusado, su cónyuge y parientes hasta el

cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad; el abogado del acusado respecto a los hechos investigados que este le haya confiado en su calidad de defensor y otras personas que las disposiciones de esta ley contempla, se dispensan.

El artículo 118 explica que las denuncias pueden hacerse por escrito o de palabra, personalmente o mediante terceros y el que reciba la denuncia, sea verbal o escrita, hará constar la identidad del denunciante y la comprobará por los medios que estime suficientes. Si el denunciante lo exigiere, se le dará constancia de haber presentado la denuncia.

Una situación que ejemplifica cuándo el médico realiza una denuncia ocurre al llenar el certificado de asistencia de primera intención de un lesionado, haciendo constar las lesiones que presenta un paciente provocadas por otra persona, con el objetivo de que se esclarezca policialmente la existencia del delito de lesiones o de una contravención al orden interior.

La responsabilidad legal del médico

En primer lugar, hay que definir qué responsabilidad médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos u omisiones cometidos en el ejercicio de la profesión.

Si la responsabilidad resulta la consecuencia de un acto médico perjudicial y el efecto dañoso está previsto en la Ley, la responsabilidad legal, de acuerdo con la esfera jurídica en que se produce, será penal, civil, administrativa y laboral.

Responsabilidad penal

Para que exista responsabilidad penal, el acto médico que se juzga debe constituir delito. Se ha expresado antes lo que establece el Código Penal sobre lo que es un delito por intención o por imprudencia. En la responsabilidad profesional del médico queda fuera el delito por intención o doloso, este se juzgaría como cualquier ciudadano común.

La responsabilidad penal médica queda dentro del delito por imprudencia o culposo, y este puede ser por omisión o por acción dañina, ya que se están violando las reglas del arte médico consistentes en:

- Imprudencia: Cuando se provoca un mal a consecuencia de un actuar precipitado y sin el cuidado que la ciencia y la experiencia médica enseñan que se debe tener en cuenta al tratar a un enfermo, existiendo un incumplimiento del deber de atención y cuidado.
- Negligencia: Es el descuido y la desatención, en no prever lo previsible, resultado de lo cual se perjudica la salud del paciente.
- Impericia: Puede ser total, cuando el que la comete carece de esa condición profesional que se requiere. Es burda, cuando a pesar de estar capacitado para el desempeño de su profesión, emplea de manera deficiente o no emplea los conocimientos científicos y técnicos requeridos en el proceder que ejecuta causando la muerte o lesión del paciente; existiendo un nexo causal con la acción u omisión referida, estando

condicionado el análisis al nivel de experiencia del profesional, el estado de la ciencia y la técnica médica en el instante de ejecutarse el proceder y la posibilidad o no de utilización de esos conocimientos en las circunstancias del caso concreto.

– Inobservancia de los reglamentos: Cuando no se cumplen las medidas que se le imponen con carácter obligatorio en estos; ya que, en el ejercicio de la profesión médica, el facultativo viene obligado al estricto cumplimiento de los preceptos contenidos tanto en los reglamentos de carácter general como específicos.

Responsabilidad civil

En el caso que se deriva del acto médico culposo o imprudente, se establece en el Código Penal cubano Título x La Declaración y Ejecución de las Obligaciones Civiles, artículo 70: "el responsable penalmente lo es también civilmente por los daños y perjuicios causados. El Tribunal que conoce del delito declara la responsabilidad civil y su extensión, aplicando las normas correspondientes de la legislación civil", determinará la forma y cuantía de la indemnización, y esta responsabilidad civil ligada a lo penal puede extenderse a terceros; por ejemplo, cuando los médicos son funcionarios, empleados o miembros de instituciones asistenciales, serán responsables civilmente, los órganos y organismos del Poder Popular del Estado en que los profesionales reconocidos culpables prestan sus servicios.

También puede demandarse la responsabilidad civil sin establecerse un procedimiento penal; aunque no es un hecho frecuente en Cuba, a tenor del artículo 82 del Código Civil que establece que "el que causa ilícitamente daño o perjuicio a otro está obligado a resarcirlo", esto incluye la indemnización de los perjuicios en caso de muerte, de daño a la integridad corporal y en el supuesto de que el lesionado pierda total o parcialmente su capacidad para el trabajo remunerado, o si sus necesidades aumentan o sus perspectivas en el futuro disminuyen.

Responsabilidad administrativa

La responsabilidad administrativa se deriva de conductas personales de médicos que, aún sin llegar a determinar actos delictivos, comprometen seriamente el prestigio de la profesión médica y de las instituciones asistenciales. Por lo que, dentro de la esfera administrativa, el Ministerio de Salud Pública puede imponer la suspensión en los cargos o la inhabilitación a los profesionales de la salud por conductas contrarias a los principios, normas o valores de carácter social, moral o humano de la sociedad socialista, lesivas a la dignidad de los pacientes, a la sensibilidad de los familiares y perjudiciales al crédito y prestación de servicios de las unidades asistenciales (Reglamento disciplinario para los trabajadores de la salud).

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1983). Ley N.º 41. Ley de la Salud Pública. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1987). Ley N.º 59. Código Civil. 13 de octubre de 1987.

Colectivo de autores (2004). *Temas de Medicina Legal para estudiantes de Derecho*. La Habana; Editorial Félix Varela.

Fournier Ruiz, I. (1989). *Medicina Legal en Preguntas y Respuestas*. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.

González Pérez, J., Montalvo Vidal, E., Gálvez Cabrera, E., Tamame Camargo, A., Basanta Montesinos, A.M. *et al*. (2009). *Medicina Legal y Ética Médica* [CD ROM] La Habana; Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Ley N.º 62 Código Penal (1998). Edición actualizada, concordada y comentada. La Habana; Editorial Félix Varela.

Ministerio de Salud Pública, Cuba (2014). Resolución Ministerial N.º 584 de 2014 que aprueba y pone en vigor el Reglamento disciplinario para los trabajadores de la salud.

Ponce Zerquera, F. *et al.* (1999). *Medicina Legal*. La Habana; Editorial Ciencias Médicas y Editorial Pueblo y Educación.

Villanuevas Cañadas, E., Gisbert Calabuig, J.A. (2004). *Medicina Legal y Toxicología*. 6.ta ed. Barcelona; Editorial Masson.

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 3

Ética médica y bioética

Francisco Ponce Zerquera

Este capítulo tiene el propósito de mostrar al lector, de forma breve, algunos conceptos básicos que faciliten su introducción en la temática del texto, y que, si bien no son de las ciencias medicolegales, sí son indispensables para incorporar al acto médico el aspecto moral y el aspecto ético, complementos necesarios a los conocimientos científico-técnicos que deberá utilizar en su diario quehacer asistencial y, en específico, para realizar cualquier actuación medicolegal.

Ética

Desde que el hombre comenzó a vivir en comunidad, surgió la necesidad de normas de convivencia social fundamentadas en las costumbres y en las relaciones de producción que originaron los principios morales existentes en diferentes grupos sociales. Es la conciencia social la que determina la diferencia entre el bien y el mal, lo moral de lo inmoral.

Con el surgimiento de la ética y su evolución hasta llegar a ser la ciencia que estudia la moral, su origen y desarrollo, aparecen normas éticas que, en forma de códigos o principios, pautan el actuar de los hombres.

En los antecedentes de la ética médica en Cuba están los grandes pensadores de las luchas por la emancipación y la independencia nacional. En primer lugar, el Padre Félix Varela, el que nos enseñó a pensar en el concepto de Patria, y el Apóstol de nuestra independencia, José Martí; la ética martiana constituye hoy una herramienta en nuestro acontecer ciudadano.

Entre los aspectos conceptuales, la moral es el conjunto de principios, normas y valores que cada generación ofrece a la siguiente, en la confianza de que se trata de un buen legado de orientaciones sobre el modo de comportarse para llevar una vida buena y justa.

La moral se expresa como un sistema de opiniones, representaciones, normas y evaluaciones sobre la regulación de la conducta de los individuos. Refleja y fija mediante normas o reglas de conducta, las exigencias que la sociedad o las clases plantean al hombre en su vida cotidiana. La moral no se apoya en leyes formales, sino en la fuerza de la persuasión y el ejemplo, en la autoridad moral de algunas personas o de la opinión pública.

La ética se define como la filosofía de la moral; también como la ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, de las reglas y de las normas de conducta de los hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la patria y el estado. Es la disciplina filosófica que constituye una reflexión teórica sobre los problemas morales: "La ética es la ciencia de la conducta que responde a los dictados de la conciencia moral" (Profesor Francisco Lancís y Sánchez).

La ética general es la de toda sociedad o grupo humano, mientras la ética particular es la que norma la actuación dentro de determinadas profesiones, tales como la ética artística, la ética estética, la ética jurídica, la ética médica, entre otras.

La ética médica trata de los principios y normas de conducta que rigen las relaciones entre los médicos. En Cuba tiene un alcance mayor, porque incluye las relaciones entre los trabajadores de la salud y de estos con el hombre sano o enfermo y con la sociedad, pero su paradigma es la relación médico-paciente y, por extensión, con los familiares. Abarca también la ética médica situaciones que se originan a partir de esta relación tan singular, tales como: el consentimiento informado, el secreto profesional, el error médico, los trasplantes de órganos y tejidos, la reproducción asistida, la madre subrogada, las investigaciones con seres humanos, los dilemas éticos que se plantean a lo largo de las distintas etapas de la vida.

La ética médica es clasista. En las sociedades divididas en clases sociales va a responder al modo de producción dominante. En la sociedad capitalista se caracteriza por relaciones mercantilistas, en las que el profesional vende un servicio y el paciente lo compra, o sea, la relación comercial desplaza a lo ético.

En la sociedad socialista cubana, la salud pasa a ser un derecho del pueblo garantizado en la Constitución del país (artículos 46 y 72), y como tal, la práctica de la medicina adquiere un carácter humanista, solidario en la cual lo más importante pasa a ser la relación médico-paciente y con los familiares, y no su carácter económico.

La ética médica se relaciona con otras ciencias como la deontología, que es la ciencia o tratado de los deberes. El término creado por Max Simon generalizándose su uso entre los médicos: "Ciencia de los deberes morales del médico", Max Simon en su obra *Deontología Médica*.

> Ciencia de los deberes de estado del médico, de sus deberes profesionales, deberes que para ser bien cumplidos requieren ciertas cualidades, o mejor, ciertas virtudes, y a los que corresponden ciertos derechos (Profesor Francisco Lancís y Sánchez).

La ética médica también se relaciona con la diceología, ciencia que se ocupa de los derechos.

Bioética

La bioética es otra de las ciencias que se relaciona con la ética médica. El término comienza a utilizarse a comienzos de la década de los años 70, a un llamado del oncólo-

go norteamericano Van Rensselaer Potter a "crear un movimiento de los científicos del mundo para salvar al hombre y al medio que lo rodea del daño que el mismo hombre le estaba haciendo".

La Encyclopedia of Bioethics propone la definición siguiente:

Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, por cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales.

Otras fuentes apuntan:

Estudio interdisciplinario orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados por los progresos médicos, biológicos y tecnológicos en el ámbito social, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro (Acosta Sariego, José Ramón Bioética global sustentable, Apuntes desde Cuba).

Bioética es la ética de la vida que tiene que ver con la biología, la clínica y la atención primaria (Julio Montt Momberg, exjefe del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud).

La bioética es un movimiento interdisciplinario, en el terreno de los valores, para buscar solución a los nuevos problemas que se han generado como consecuencia del desarrollo en espiral de las ciencias y la tecnología, para evitar los conflictos entre las ciencias biomédicas y la ética, y el daño que esto ocasiona al hombre y a su medio (definición elaborada por el autor de este capítulo, a partir de varias de las más conocidas).

Los valores son una construcción personal de cada estudiante sometido a las múltiples influencias del contexto, y bajo la influencia de sus propias vivencias. El profesor debe asegurar la creación de situaciones de aprendizaje que se aprovechen integralmente en beneficio de la construcción por los estudiantes de sus conocimientos, habilidades y valores. Los valores fundamentales desarrollados llevarán al estudiante a cumplir y hacer cumplir la ética y la legalidad que rige para el desempeño profesional; por lo tanto, el profesional formado debe ser capaz de incorporar a su desempeño y conducta diaria los valores compartidos siguientes: dignidad, patriotismo, humanismo, solidaridad, responsabilidad, laboriosidad, honradez, honestidad, justicia, internacionalismo y antiimperialismo.

Principios de la ética médica y la bioética

Tanto la ética médica como la bioética tienen sus principios. Los principios de la ética médica provienen desde la época de la medicina hipocrática, y se manifiestan en el principio de beneficencia, o sea, siempre hacer lo mejor para el paciente, y en el de no maleficencia o lo que es igual evitar todo daño posible al paciente (Anexo 3.1).

Con el surgimiento de la bioética y las condiciones sociopolíticas y económicas que la favorecieron surge la necesidad de nuevos principios, a los clásicos beneficencia y no maleficencia se suman los de autonomía y de justicia.

El principio de autonomía, se interpreta como el derecho del paciente y en general del ser humano a decidir acerca de su salud y enfermedad, y consecuentemente qué hacer o no hacer con su persona.

El principio de justicia implica ser equitativos en la administración de los recursos en general, teniendo siempre presente el paciente que más los necesite y se beneficie de estos por encima de cualquier otra consideración, o cuál es la inversión a priorizar en la adjudicación de los recursos disponibles. Es necesario que los profesionales y técnicos de la salud conozcan estos principios que servirán de guía en la conducta que debe asumir en su diario actuar.

Consentimiento informado

El consentimiento informado surge a partir del juicio que, al final de la segunda guerra mundial, se realizó en Núremberg, Alemania, para juzgar a los oficiales nazis que habían participado en la guerra, y con ellos a los médicos que habían realizado investigaciones con seres humanos en los campos de concentración.

En la sentencia condenatoria del juicio se recoge que:

> deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.
>
> El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento: que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente… (Anexo 3.2).

Con posterioridad, durante la XVIII Asamblea Médica Mundial celebrada en Helsinki, Finlandia, en el año1964 se le agregó la necesidad de brindar una información detallada, pormenorizada de los factores de riesgo y beneficios, de forma tal, que la persona objeto de la investigación pudiera contar con todos los elementos posibles para tomar su decisión (Anexo 3.3).

En la práctica, el consentimiento informado consiste en la información al objeto de investigación o al paciente del procedimiento que se va a realizar para que este consienta o no. Es indispensable como un paso previo para cualquier tipo de investigación, y en la práctica médica diaria se incluye desde la prescripción de un medicamento, un estudio complementario hasta un acto quirúrgico. Se sustenta en hacer valer el principio de autonomía que tiene toda persona sobre el de beneficencia que puede creer tener

el médico, es decir, respetar la voluntad del paciente de ser él quien decida qué hacer con su cuerpo. En los casos de menores de 18 años de edad o de personas declaradas incapaces por cualquier razón, se debe obtener el consentimiento informado sustituto, que es el que deben dar los padres o tutores.

Relaciones entre la ética médica, la bioética y la práctica médica

Todo acto médico tiene dos componentes, el científico-técnico y el ético. Esto implica una preparación científico-técnica y la existencia de los valores éticos morales que se van a reflejar en su conducta profesional.

Códigos éticos y deontológicos

Se ha hecho tradicional que los grupos profesionales reconocieran la necesidad de preceptuar su actuación de acuerdo con normas éticas precisas. La profesión médica constituye un paradigma en este sentido, dada la absoluta necesidad de regir su desempeño por estrictas normas eticomorales.

En Cuba, antes del triunfo de la Revolución el primero de enero del año 1959, los médicos se regían, desde el punto de vista ético, por el Código de Moral y Ética y las Reglas de Etiqueta Profesional del Colegio Médico Nacional.

Con el triunfo de la Revolución y la consiguiente aparición de principios de carácter socialista, muchas de las cuestiones incluidas en el antiguo código ético del Colegio Médico Nacional se hacen obsoletas, y de hecho se modifican en la práctica profesional, hasta que aparece, en el año 1983, un importante documento normativo, *Los principios de la ética médica*, que fue discutido y aprobado por los profesionales y técnicos de la salud en asambleas celebradas en todos los centros de trabajo del sector.

Los principios de la ética médica (Anexo 3.4) que en Cuba equivalen al Código Ético de los profesionales y técnicos de la Salud, se recogen en un documento en el que se expone que:

> …en el ejercicio de nuestra función social debemos observar principios eticomorales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, tales como dedicar todos nuestros esfuerzos y conocimientos científicos y técnicos al mejoramiento de la salud del hombre; trabajar, consecuentemente, allí donde la sociedad lo requiera; estar siempre dispuestos a brindar la atención médica necesaria, con elevado espíritu internacionalista. De tal forma, nuestra conducta debe estar basada en la estricta observancia de los Principios que se exponen divididos en cuatro secciones: En relación con el paciente y sus familiares, en relación con el resto de los trabajadores de la salud, en las relaciones entre el docente y el educando y como parte de la sociedad.

En el documento, dentro de una redacción de lógico estilo paternalista, propia de esa etapa histórica, se recoge un nuevo enfoque sobre el consentimiento informado en determinadas condiciones de alto riesgo para el paciente. En estas condiciones se orienta que debe obtenerse su consentimiento o el de los familiares antes de asumir medidas de diagnóstico o terapéuticas, lo que constituye un paso de avance en el camino del reconocimiento del principio de autonomía, en momentos que las concepciones bioéticas aún no se dominaban en Cuba.

Comisiones de ética médica

El 12 de abril del año 1983, la Resolución Ministerial N.º 72 del Ministro de Salud Pública dispone la creación de las Comisiones de Ética Médica en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud; las que, entre otras funciones, deberán:

> Ventilar las infracciones de las normas de conductas éticas que se formulen contra profesionales y técnicos de la salud y, además, participar en la educación moral en el campo de la salud, asesorar aportando elementos de juicio en las decisiones éticas en la práctica asistencial, evaluar éticamente los proyectos de investigación clínica, biomédica y médico-social, velar por la observancia de las normas éticas previstas para las investigaciones en humanos, así como promover el desarrollo de investigaciones y eventos científicos sobre aspectos de interés relacionados con la ética médica.

También precisa que las comisiones deberán comenzar a funcionar el día 1.ro de junio de ese año 1983. En cuanto a su composición, resoluciones posteriores norman que deben integrarlas un número impar de profesionales y técnicos que se distingan por sus cualidades morales y que deben participar profesionales dedicados a las ciencias humanísticas. Igual se norma la puesta en vigor y el funcionamiento de las Comisiones Provinciales y Nacional de Ética Médica (Anexo 3.5).

La interrelación entre las Comisiones de Ética Médica en sus diferentes niveles organizativos no es de subordinación. Los lineamientos generales de trabajo están contenidos en los principios de la ética médica, y los niveles superiores cumplirán una función eminentemente de orientación metodológica, de consulta y de facilitador de la información. No obstante, las conclusiones que emitan las comisiones institucionales son apelables ante las Comisiones Provinciales, y las de estas últimas, ante la Comisión Nacional.

Comités de ética de la investigación

Durante la segunda parte de la década de los años noventa comienzan a organizarse Comités de Ética de la Investigación independientes en las unidades de mayor complejidad y volumen de actividades investigativas, con la finalidad de evaluar desde el punto de vista ético los proyectos de investigación clínica, biomédica y médico social, así como velar por la observancia de las normas éticas previstas para las investigaciones en humanos.

La Instrucción VADI 4/2000 del viceministro a cargo de la Docencia del Ministerio de Salud Pública aportó la base legal para el funcionamiento de los Comités de Ética de la Investigación y dispuso:

> …crearlos en aquellos centros que lo requieran por el volumen y complejidad de las investigaciones que llevan a cabo para que velen por el rigor ético y científico de los proyectos y la ulterior ejecución de estos, así como velar por la observancia de las normas éticas previstas para las investigaciones en humanos…

En las unidades de menor complejidad investigativa estas funciones se mantienen a cargo de las comisiones de ética médica. Más recientemente, la Resolución 40/2014 actualiza las funciones y todo lo correspondiente a estos comités (Anexo 3.6).

Ética en la docencia y en la investigación científica en medicina

Como es conocido, la enseñanza de la ética médica se hace objetiva en la práctica, con la conducta moral y el ejemplo que deben brindar a diario los profesores y especialistas a los alumnos que trabajan con ellos. Es de esta forma que se van incorporando como conducta habitual los principios éticos que conforman y complementan el actuar de los profesionales de la salud.

La inclusión del estudio de la ética médica en el programa de la asignatura de Medicina Legal y Ética Médica, tiene como objetivo fundamental reforzar, sistematizar, organizar los valores que, durante toda la carrera, en la práctica diaria han incorporado.

Desde el punto de vista deontológico, los docentes deben ser ejemplos en sus actitudes y relaciones con los estudiantes, pacientes y familiares, su exigencia y apariencia personal, su superación científica y política constantes. Mientras que los estudiantes deben apropiarse de los conocimientos científicos, técnicos y éticos necesarios para:

- Establecer una adecuada relación médico-paciente, con los familiares y con el resto de la población.
- Valorar al hombre sano o enfermo como una unidad bio-psico-socio-cultural-espiritual en su nivel superior, que vive en determinado medio social con el que interactúa.
- Conocer el modelo de atención médica en la comunidad.
- Respetar al docente y al resto del colectivo con el que convive.

Las investigaciones científicas no son concebibles sin un adecuado marco ético. En Cuba, el organismo rector en el campo de la salud ha mantenido una constante preocupación en la normación y control de estos aspectos. Como se ha expresado en este capítulo, en las primeras resoluciones ministeriales que creaban las Comisiones de Ética Médica se incluyó como parte de sus funciones la evaluación desde la perspectiva ética de los proyectos de investigación clínica, biomédica y médico social, y se orientaba a las direcciones de las grandes unidades del sistema que, cuando lo consideraran necesario, teniendo en cuenta el número y el carácter de las investigaciones, podían proponer la formación de Comités de Ética de la Investigación Científica.

Posteriormente, la Instrucción VADI 4/2000 del Viceministro a cargo de la Docencia del Ministerio de Salud Pública aportó la base legal para el funcionamiento de estos comités, y dispuso crearlos en aquellos centros que lo requieran por el volumen y complejidad de las investigaciones que llevan a cabo, para que velen por el rigor ético y científico de los proyectos y la ulterior ejecución de estos. En tiempos más recientes, la Resolución Ministerial N.º 40/2014 del Ministro de Salud Pública determina, entre otros aspectos, los que se explican a continuación (véase el Anexo 3.6):

PRIMERO: Crear una Comisión en la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública, la que está coordinada por el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos, que implementa un sistema para la aprobación de la propuesta de creación o reestructuración de los Comités de Ética de Investigación (CEI) de acuerdo a la necesidad y pertinencia de las instituciones a que correspondan así como su evaluación, seguimiento, registro y preparación para su certificación por la Agencia Reguladora.

SEGUNDO: Crear los Comités de Ética de Investigación (CEI) mediante resolución del Director de la instancia correspondiente y a propuesta del Consejo Científico, en aquellas entidades de salud, ya sean asistenciales, docentes, investigativas o administrativas, que se caractericen por realizar actividades de investigación que involucren seres humanos, y requieran de la observancia de normas éticas específicas.

Responsabilidad moral del médico y del personal paramédico

El deber es una categoría de la ética, además de interpretarse como un principio jurídico. El deber, visto desde la concepción marxista leninista, expresa las normas, los principios y las reglas que guían la conducta social.

A partir de estas concepciones, en la sociedad socialista, los deberes morales del profesional y el técnico de la salud, en sentido general, tienen que responder a (tomado del libro *Ética y Deontología Médica* de Daniel Alonso Menéndez y colaboradores):

- Plena identificación con la concepción materialista y científica del mundo.
- Responder consecuentemente al carácter clasista de su función social y científica.
- Vincular su función social, de profundo contenido humanista, con su constante preocupación por la búsqueda de eficiencia científica.
- Desarrollar su función social vinculada al colectivo, procurando una influencia positiva de su conducta entre los componentes de su medio laboral.
- Plasmar en conducta diaria (normas eticomorales de conducta social), los rasgos que conforman una personalidad educada y formada, equilibrada, conforme a los principios de nuestra ideología: el amor al trabajo, la modestia, la sencillez, la afabilidad con los compañeros y el desarrollo de relaciones afectivas con el sujeto fundamental de su trabajo: el paciente.

Secreto profesional y sus límites

Durante las relaciones profesionales del médico, otros profesionales y técnicos de la salud con pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad, surgen vínculos afectivos que facilitan que se transmita, sobre todo al médico, al psicólogo y al personal de enfermería, informaciones de índole personal o familiar. El conjunto de informaciones que recibe el médico en relación con el cuadro clínico que afecte al paciente, sumadas a las de carácter íntimo o personal y al resultado de las investigaciones complementarias que haya indicado, van a constituir en su conjunto el secreto profesional.

Todo este cúmulo de información, que integra el secreto profesional, va a delimitar un aspecto de tipo moral que obliga al profesional a guardar de manera celosa respetando la confianza y los derechos del paciente; pero, además, debe saber distinguir cuándo, no informar, puede entrar en contradicción con los intereses del Estado y de la sociedad, y adquiere un aspecto jurídico. Esto se refiere a los casos en los que la ley prevé su denuncia por constituir un delito, tales como el delito de lesiones, de homicidio o de una enfermedad que puede afectar la salud de otras personas (enfermedades de declaración obligatoria como las de trasmisión por vía sexual o la enfermedad tumoral maligna en relación con el Registro Nacional del Cáncer).

Lo antes expuesto determina el carácter relativo del secreto profesional en la práctica médica en la sociedad cubana, la obligación del profesional de conservar el secreto en su aspecto moral y el deber de cumplir con las normas establecidas en el aspecto jurídico.

Error médico y la iatrogenia médica o los efectos adversos

El error médico ocurre cuando, en la atención de un paciente, las conclusiones diagnósticas o las indicaciones terapéuticas no se corresponden con la afección que padece el enfermo. Para aceptar que no se ha cometido un error médico debe establecerse de manera clara que el personal a cargo de su atención realizó los procedimientos sin cometer imprudencia, negligencia, impericia ni incumplió normas o procedimientos de obligatorio cumplimiento previamente establecidos para la atención referida. De haber cometido alguno de estos, se consideraría que efectuó una falta médica.

También debe haber utilizado los recursos que las ciencias médicas ponen a su alcance, y demostrado dominio actualizado de los conocimientos necesarios para su desempeño profesional con independencia del lugar geográfico en que se encuentre trabajando.

Las causas que dan origen a un error médico pueden ser variadas. En ocasiones, la complejidad del diagnóstico tiene su origen en la diversidad de las formas clínicas de una enfermedad determinada, el paralelismo de signos y síntomas, en otras, las afecciones poco frecuentes o no habituales en determinado medio, región o país. La experiencia es un factor determinante que obliga a reconocer las limitaciones personales que pueda tener el personal en las diferentes etapas de su formación y capacitación. Un factor que favorece que esto no

ocurra es el trabajo en equipo, el trabajo colectivo, que facilita la oportuna consulta cuando aflore cualquier duda que debe enfrentarse con humildad y sin falso orgullo. Igual pueden influir el exceso de confianza o la inseguridad. Desde el punto de vista institucional, pueden intervenir deficiencias administrativas o el déficit de medios auxiliares.

En Cuba, cuando se presenta una situación determinada que puede constituir un error médico o exista la posibilidad de responsabilidad o falta médica (abordada en el capítulo Derecho médico), está previsto se realice una investigación por una Comisión Médica que, después de realizar los pasos previstos en la metodología creada al efecto, se pronuncie precisando su criterio de si se trata de un error médico o de una falta médica. En caso de error, la administración debe organizar su análisis en el colectivo que corresponda para que, mediante la discusión profunda, con actitud crítica y autocrítica, se profundice, y de forma educativa, el hecho nocivo se transforme en experiencia para el colectivo y los participantes en el análisis. Si se trata de una falta médica, se deberá dar cuenta a las autoridades correspondientes en cumplimiento de lo dispuesto en la legislación vigente (Resolución N.º 458/2019 del Ministro de Salud Pública (Anexo 3.7).

Por su determinada similitud, cabe hacer mención al concepto de iatrogenia, en la actualidad más conocido como efectos adversos. La iatrogenia, como indica su etimología (del griego iatro = médico/genia = producir), no es más que el daño secundario, no querido, que puede tener su origen a partir de la acción u omisión de un profesional de la salud. Es la consecuencia nociva sufrida por personas sanas o enfermas directa o indirectamente de acciones u omisiones médicas. Por ejemplo, en una indicación terapéutica, como malestares originados por la quimioterapia en pacientes con enfermedades malignas, trastornos hormonales posteriores a la ablación de los ovarios o digestivos por la extirpación de una parte del estómago.

La iatrogenia puede ocurrir de forma individual o colectiva. Por un médico o un paramédico. De manera directa o indirecta, institucional o social.

Dilemas bioéticos

Dilema o disyuntiva es un problema sin solución aparente, cuya salida es también problemática. Es aquel problema cuya solución plantea un nuevo problema y que sigue siendo problemático aun después de haberlo resuelto. Los dilemas no se resuelven, en el mejor de los casos se disuelven.

También se considera como el conflicto de valores o creencias que resulta de una situación en la que la elección de un bien inevitablemente conlleva la pérdida de otro. Surge cuando hay dos o más valores morales o principios éticos en conflicto. En la práctica médica asistencial se presentan situaciones que pueden convertirse en verdaderos conflictos y engendrar dilemas de carácter ético.

Dilemas bioéticos al comienzo de la vida

En la etapa del comienzo de la vida existen situaciones relacionadas con la reproducción que pueden dar origen a situaciones dilemáticas. Los descubrimientos científicos y técnicos que se han introducido en el área de la reproducción humana, tales como la reproducción asistida, la maternidad subrogada y la ingeniería genética han dado origen a múltiples problemas éticos que requieren de un adecuado enfoque.

Reproducción asistida

La reproducción asistida tiene dos modalidades, la inseminación artificial y la fecundación *in vitro*. La inseminación artificial consiste en colocar en el útero los espermatozoides seleccionados previamente de una muestra. Los espermatozoides pueden ser de la pareja y es la llamada inseminación artificial conyugal, o de un banco de semen, que se le denomina inseminación artificial de donante. La fecundación *in vitro* es una técnica por la cual la fecundación de los ovocitos por los espermatozoides, se realiza fuera del cuerpo de la madre. El ovocito fecundado (preembrión) puede entonces ser transferido al útero y continuar su desarrollo hasta el parto.

Maternidad subrogada

La maternidad subrogada, gestación subrogada, gestación por sustitución, vientre de alquiler o subrogación, es la práctica por la que una mujer acepta quedar embarazada, llevar la gestación a término y dar a luz a un niño; todo ello, para otra persona o pareja, las cuales son o se convierten en progenitores del niño. Sucede, cuando una mujer está embarazada y posteriormente va a dar a luz, no obstante, el bebé pertenece tanto desde la genética como de forma legal a otros padres.

Para alcanzar el estado de gestación, la madre subrogada, gestacional o portadora (como se suele llamar en algunas ocasiones), se utilizan técnicas como la fecundación *in vitro*, o la inseminación artificial, la elección de una técnica u otra depende del caso particular.

Los tipos de maternidad subrogada que existen se diferencian en función del objetivo de la propia madre que aporta el vientre, y el factor monetario que exista de por medio. También se puede categorizar en función de la composición genética del propio bebé (es decir, las personas que aportan tanto el óvulo como el espermatozoide). De esta forma, la maternidad subrogada puede ser de dos tipos:

- Tradicional: La madre gestacional aporta su propio óvulo, pero el padre proviene de la subrogación o de un donante. En este caso, el bebé se suele concebir por inseminación artificial o fecundación *in vitro*.
- Gestacional: Tanto el óvulo como el espermatozoide son aportados por la pareja que solicita la subrogación. La mujer embarazada no tiene ninguna relación genética con el bebé.

Ingeniería genética

La ingeniería genética es una ciencia que manipula de manera directa el genoma de un ser vivo, por medio de un conjunto de técnicas que aíslan, multiplican y modifican los genes del individuo con el fin de su estudio y beneficio. Son técnicas capaces de actuar directamente sobre el material genético, y sobre las estructuras y mecanismos moleculares responsables de transmitir los caracteres hereditarios.

Con la manipulación genética y el conocimiento que ofrece la secuenciación de todo el genoma humano, la medicina se transformará en una ciencia predictiva o genómica, planteándose nuevos dilemas y conflictos éticos. El uso indiscriminado de la manipulación genética, sin una normativa ética, implica un grave peligro para el patrimonio genético, la diversidad humana, la heterogeneidad, el derecho a la vida y a la identidad personal.

La clonación (del griego *retoño*, *rama*). Copia idéntica de un organismo a partir de su ADN. Puede definirse como el proceso por el que se consiguen, de forma asexual, copias idénticas de un organismo, célula o molécula ya desarrollado.

También pueden dar lugar a dilemas éticos los procesos de congelación y descongelación de los embriones sobrantes de la fecundación *in vitro*, para su posterior utilización, y la producción de células madre embrionarias obtenidas de embriones sobrantes de la fecundación *in vitro* o de embriones generados por clonación.

Dilemas bioéticos en el transcurso de la vida

En la práctica médica habitual de atención al adulto se generan situaciones que pueden dar origen a dilemas éticos, tanto en el campo de la medicina intensiva, la cirugía o la psiquiatría, sobre todo en el internamiento de los enfermos mentales.

La ocurrencia de conflictos éticos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es muy frecuente, lo que evidencia que los profesionales que allí trabajan enfrentan situaciones difíciles. El primero de estos dilemas, que puede preverse, comienza con la toma de decisión acerca de si el paciente ingresa o no en la unidad de cuidados intensivos. Este es uno de los dilemas fundamentales, ya que constituye una forma de limitación del esfuerzo terapéutico, por lo que esta decisión no debe tomarse teniendo en cuenta solo el criterio de una persona, sino un criterio colegiado entre todos los factores que tengan que ver con la atención de este tipo de enfermo; criterios que, a su vez, deben ser revisados y analizados de manera sistemática y estar abiertos a cambios e interpretaciones individuales según la situación específica de cada paciente. En esos momentos, es importante conocer el concepto de paciente crítico, que es aquel con la necesidad de un manejo especializado y continuo que requiere aplicación de soportes vitales de manera inmediata o probable. Su afección evoluciona con probabilidades reales de regresión.

Objetivos principales en la atención a un paciente crítico:

- Mantener una vida de calidad.
- Aliviar el sufrimiento.
- Evitar riesgos al paciente.

- Restaurar la salud.
- Respetar los derechos de los pacientes.

Otro problema ético es el cuestionamiento de si existe diferencia, desde el punto de vista moral, entre no iniciar un procedimiento de sostén de funciones vitales y el suspenderlo después de comenzada su aplicación por considerarlo inútil; también, lo relativo al tipo de medidas que pueden ser omitidas o retiradas en razón de su utilidad, si existe el criterio unánime de la imposibilidad de recuperación de un enfermo. No cabe duda de que aunque la ética no aporte las respuestas definitivas, es muy útil al momento de tomar la decisión adecuada. El elemento básico de la formación clínica en urgencias es el aprendizaje en la toma de decisiones racionales, tanto de tipo técnico como ético.

La cirugía es una actividad intervencionista fundamentada en la responsabilidad del conocimiento, apoyada en las ciencias cognitivas, gobernada por el razonamiento y llevada a cabo bajo los principios de la ética. En la práctica quirúrgica es relevante obtener información actualizada sobre los métodos y estándares para mejorar la calidad de la atención y evitar errores, estos son considerados imperativos profesionales y científicos.

Los dilemas éticos actuales del ejercicio quirúrgico requieren del análisis de los principios éticos y morales, con la finalidad de avanzar en la autorrealización del ejercicio profesional, procurando así el bienestar del profesional y de sus pacientes.

El internamiento involuntario hospitalario del paciente psiquiátrico da origen a dilemas éticos y legales. Si bien son notorias y manifiestas las reformas que en los últimos tiempos ha experimentado la asistencia sanitaria al paciente mental, todavía existe la necesidad de rediseñar estrategias coherentes y nuevas reflexiones para lo que es ineludible reforzar las medidas legislativas que garanticen la sostenibilidad de estas, y una actitud diferente por parte del mundo sanitario. De este modo se hace preciso elaborar protocolos que reflejen una mejor funcionalidad del sistema y eliminar situaciones conflictivas.

Igualmente es útil el alcanzar consensos que permitan resoluciones ante los conflictos éticos, como el empleo de mecanismos de sustitución de la voluntad del paciente frente a la aplicación del tratamiento o hasta qué punto la autoridad judicial y el otorgamiento de la autorización para el internamiento, justifica este como única opción terapéutica con prioridad respecto al principio de autonomía de un paciente mental.

Dilemas bioéticos al final de la vida

Algunos de los grandes dilemas bioéticos que se enfrentan se relacionan con la muerte, y pueden estar vinculados al ejercicio de dos pilares de la bioética: la autonomía y la beneficencia. En muchas ocasiones, estos dilemas se relacionan con el paciente crítico o con el paciente en estado terminal.

El concepto de paciente crítico se expuso en los dilemas bioéticos en el transcurso de la vida. El paciente en fase terminal, es aquel con enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional y pérdida de autonomía física;

con escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico; el pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva. Sin criterio de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, salvo como donante de órganos.

A diferencia del paciente crítico, se toma una conducta de procurar evitar cuidados o tratamientos desproporcionados como ingreso en la unidad de cuidados intensivos, monitorizaciones y procedimientos invasivos, aplicación de soportes mecánicos, transfusiones de sangre, soportes vasoactivos intravenosos, nutrición parenteral, entre otros. Requiere sustitución del tratamiento intensivo y considerar un entorno familiar digno para el paciente.

Muerte digna

> La Asociación Médica Mundial aprobó en la Declaración de Venecia (Anexo 3.8):
> El Deber del médico: Curar cuando sea posible y aliviar siempre el sufrimiento; proteger los intereses de este, sin haber ninguna excepción a dicho principio, aun en caso de enfermedad incurable o de malformación. Se puede aliviar o acortar el sufrimiento interrumpiendo el tratamiento, con consentimiento del paciente o familiares. Hay la obligación de asistir al moribundo, proporcionarle medicamentos necesarios para mitigar la fase final de la enfermedad.

De lo antes expuesto surge la necesidad de esclarecer algunos términos como la eutanasia, la distanasia o ensañamiento terapéutico, la cacotanasia, la ortotanasia y el suicidio asistido.

Eutanasia (*Eu*: bien + *Thanatos*: muerte). Según la Declaración de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 39.ª Asamblea Médica Mundial Madrid (España), muerte sin sufrimiento físico, que se provoca con la voluntariedad del paciente. Considerada como muerte natural, suave, indolora, sin agonía, provocada sin sufrimiento, por agentes adecuados. El autor se permite aclarar que tiene que ser un médico el que lleve a cabo el proceso.

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es no solamente ilegal, también contrario a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Los tipos de eutanasia, según el accionar del médico son:

- Activa directa involuntaria: Muerte provocada por la acción directa del médico sin consentimiento del paciente. Se iguala al homicidio. Paciente competente mentalmente, y se procede sin consentimiento y sin brindar información. No es legal en ningún sitio.
- Activa directa voluntaria: Es la muerte inducida directamente por el médico con consentimiento del paciente (aceptada en el nordeste de Australia, Holanda y Bélgica). Polémica actual, al nivel internacional se considera homicidio.
- Activa indirecta: Muerte no solicitada, facilitada por efecto indirecto no buscado médicamente. Es la que se verifica cuando se origina sin la intención de causar la muerte

del paciente. Según la definición de eutanasia la indirecta no lo sería, pues uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, la indirecta se da como resultado de efectuar procedimientos médicos intensos, con intención terapéutica, que pueden causar la muerte.

Distanasia o ensañamiento terapéutico. Consiste en el "encarnizamiento" o "ensañamiento" terapéutico mediante el cual se expone al enfermo a una muerte lenta y dolorosa, con agonía prolongada. A pesar de su situación terminal, de agonía y afectado de una enfermedad grave e irreversible, se inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que solo prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación. Surge según los deseos de otros (familiares, médicos) y no según el verdadero interés del paciente.

Cacotanasia. Es la eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado. La palabra apunta hacia una "mala muerte" (siendo *kakós*: malo).

Ortotanasia. También conocida como eutanasia pasiva, se trata de respetar el fallecimiento biológico sin actuar para retrasarlo, lo que se considera moral y jurídicamente correcto. Incluye la práctica de terminar, con el consentimiento del paciente, de su delegado o tutor, con tratamientos que sostienen la vida en el enfermo terminal como la ventilación y nutrición artificial. Se ha sustituido en la terminología práctica por "muerte digna", para centrar el concepto en la condición (dignidad) del paciente terminal y no en la voluntad de morir.

Suicidio asistido. Significa proporcionar a una persona, en forma intencional y con conocimiento, los medios, procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos o su suministro. Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada. Cabe destacar que en este caso es el paciente el que voluntaria y de manera activa termina con su vida, de ahí el concepto de suicidio.

Bibliografía

Acosta Sariego, José R. (2009). *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela.

Alonso Mariño, A.L. *et al*. (2014). Dilemas éticos de las decisiones médicas en cuidados intensivos. *Acta Médica del Centro*, 8(1); Disponible en: http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/43/142

Alonso Menéndez, D. *et al.* (1979). *Ética y Deontología Médica*. La Habana: MINSAP Gabinete Central Docente Metodológico.

Altisent, R. (s/a): La ética clínica en el contexto de la atención primaria. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud Unidad 2. Curso *on line* de Ética Clínica en Atención Primaria. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo- -S1138359313000476

Amaro Cano, M.C. (2009). *Ética Médica y Bioética*. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.

Cañete, R. *et al.* (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioética* 18(1), pp. 121-127. http:dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011

Códigos Internacionales (1990). Código de Núremberg. *Boletín OPS*; (108):625-629.
Colectivo de autores (1994). Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Compilación de temas para la asignatura Filosofía y Salud*. La Habana: ISCMV:329.
Colectivo de autores (2017). *Temas de Ética Médica*; Ministerio de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
Colectivo de autores del MINSAP (1983). *Principios de la Ética Médica*. La Habana: Ed. Política.
Colectivo de autores del MINSAP (2019). Resolución N.º 458/2019 del Ministerio de Salud Pública de Cuba sobre Responsabilidad Penal Médica.
Colegio Médico de Cuba (1912). Estatutos, Reglamentos y Código de Moral del Colegio Médico de Cuba. La Habana: Hourcade Crews.
Gaceta Oficial de la República (1958). Juramento de Honor: Código de Moral y Ética: *Reglas de Etiqueta Profesional del Colegio Médico Nacional*. La Habana.
Gaceta Oficial de la República (1958). Juramento de Honor: Código de Moral y Ética: *Reglas de Etiqueta Profesional del Colegio Médico Nacional*. La Habana.
Gisbert Calabuig, J.A. (1998) *Medicina Legal y Toxicología*. 5.ta ed.; Barcelona: Ed. Masson S.A.
González Menéndez, R. (2004). *Lo espiritual en el contexto de la relación profesional del equipo de salud*. Educación Médica Superior, 18(1).
González Menéndez, R. (2006). *Humanismo, Espiritualidad y Ética Médica*. La Habana: Editora Política.
González Menéndez, R. (2011). *Humanismo y Gestión de Salud en el Siglo xxı ¿Avanzamos o retrocedemos?* La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
Ibáñez, B. (2018). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. Medicina de Familia. *SEMERGEN*, 44: (2)
https://www.researchgate.net/publication/317694384
Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud Unidad 2. Curso *on line* de Ética Clínica en Atención Primaria. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo--S1138359313000476
Lancís y Sánchez, F. (1982). *Lecciones de la Medicina Legal*. Ciudad de la Habana; Imprenta Ministerio de Educación Superior.
Lancís y Sánchez, F. (1999). *Medicina Legal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; Editorial Ciencias Médicas.
León Cellini, C. (1973). *Ética en Medicina*. Madrid: Ed. Científico-Técnico.
Palavecino Cáceres, A. (2014). Dilemas éticos y jurídicos a propósito del aborto en Chile., Polis (Santiago) *Revista Latinoamericana* 2014; 13(38): 521-541. /consultada 4 abr 2019/. Disponible http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682014000200023
Rodríguez Ortega, G. (2011). *Toma de decisiones y dilemas éticos en Cirugía*. Cirujano General. 2011 33 (Supl. 2) /consultada 4 abr 2019/ Disponible en: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30963
Seliolle Connor, S. y Fuenzalida-Puelma, H. (1990). Bioética: Presentación del número especial. *Boletín OPS*: 180: 370. /consultada 4 abr 2019/ Disponible en: https://www.google.com/search?q=&ie=utf-8&oe=utf8&aq=t&rls=org.mozilla: es-ES:official&client=firefox-a&channel=fflb&gws_rd=ssl
Torres Acosta, R. (2001). *Glosario de Bioética*. La Habana; Publicaciones Acuario Centro Félix Varela.
Vargas Alvarado, E. (1991). *Medicina Forense y Deontología Médica*. México: Trillas.

Anexos: Códigos y declaraciones

Anexo 3.1. Juramento de Hipócrates

Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higía y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia.

Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con ellos mi fortuna y los socorreré si lo necesitaren; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa.

Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más.

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mí entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos.

Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos.

Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos.

Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.

(Versión del griego, por el R.P. Manuel Briceño Jáuregui, S.J.)

Anexo 3.2. Código de Núremberg

Tribunal Internacional de Núremberg, 1947

Experimentos médicos permitidos:

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen –generalmente– la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante

otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito de este, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.
   El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.
2. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.
4. El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.
5. No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón a priori para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.
6. El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.
7. Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.
8. El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en este.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano deber tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.
10. En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer "en el ejercicio de

su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso" que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.
(Traducción adaptada de Mainetti (1989), Ética médica, Quirón, La Plata, Argentina).

Anexo 3.3. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18.ª Asamblea Médica Mundial (AMM), Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29.ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975.
35.ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.
41.ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989.
48.ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996.
52.ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.
Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.
Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.
59.ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
64.ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Introducción:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
   La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales:

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica."
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones

preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación solo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, costos y beneficios:

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos solo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.
Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.
18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.
Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables:

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.
Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.
20. La investigación médica en un grupo vulnerable solo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación:

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.
El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación:

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que estas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

    El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad:

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado:

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones posestudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

    Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento

no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.
28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que esta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica solo un riesgo y costo mínimos.
29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.
30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar solo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.
32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección,

almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación solo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo:

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las circunstancias siguientes:
    a) Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.
    b) Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

    Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones posensayo:

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso posensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados:

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.
36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica:

37. Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

    Nota: Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la AMM el 5 de mayo de 2015.

Anexo 3.4. Principios de la ética médica

Editora política/La Habana, 1983

La constante elevación del nivel de salud de nuestro pueblo constituye uno de los fines de la nueva sociedad que construimos.

La gigantesca obra desplegada por la revolución en el campo de la salud aparece justamente entre sus primeros y más importantes conquistas de unánime reconocimiento mundial.

El objetivo de mantener y preservar la salud del pueblo deviene una permanente tarea priorizada de nuestro país, al mismo tiempo que nuestra experiencia médica se extiende, también, al terreno de la ayuda internacionalista a otros países.

Estos éxitos significan un legítimo honor para los trabajadores de la medicina, que nos sentimos dignificados por el respeto y la confianza de nuestro pueblo.

Nuestra actuación en el cumplimiento del deber solo puede responder a los principios éticos de la moral comunista, expresión de los intereses de la clase obrera y del pueblo en general.

La ética médica es una manifestación de la ética en general –concepto íntimamente relacionado con la moral– y se refiere, específicamente, a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud: médicos, estomatólogos y otros profesionales vinculados al sector, los estudiantes universitarios y de nivel medio de las especialidades médicas, las enfermeras y otros técnicos de la salud.

El carácter socialista de nuestra medicina constituye la base material sobre la que se sustenta la moral y la ética de los trabajadores de la medicina cubana. Esta engendra principios éticos radicalmente opuestos –de carácter clasista y partidista– a la ética burguesa, ya que:

La medicina y la salud se han llevado al pueblo y a todos los lugares del país.

Nuestra medicina ha sido llevada también a otros pueblos que así lo han requerido, en cualquier lugar del mundo.

Existe la disposición probada de los trabajadores de la salud de defender la patria socialista, tanto ofreciendo sus conocimientos médicos en el plano militar como con las armas directamente, si fuera necesario.

Los trabajadores de la medicina cubana se identifican con la concepción dialéctico-materialista de los fenómenos naturales y sociales.

Es por ello que en el ejercicio de nuestra función social debemos observar principios eticomorales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, tales como dedicar todos nuestros esfuerzos y conocimientos científicos y técnicos al mejoramiento de la salud del hombre; trabajar, consecuentemente, allí donde la sociedad lo requiera; estar siempre dispuestos a brindar la atención médica necesaria, con elevado espíritu internacionalista.

Consecuentemente, nuestra conducta en relación con el paciente y sus familiares, con el resto de los trabajadores del sector y con la sociedad, debe estar basada en la estricta observancia de los principios éticos siguientes:

En relación con el paciente y sus familiares:

- Dedicar nuestros esfuerzos a la prevención, recuperación y rehabilitación.
- Propiciar que solo se realicen en cada paciente los estudios complementarios indispensables para llegar al diagnóstico correcto, eliminando cualquier tendencia a realizar indicaciones que se aparten de este objetivo y provoquen molestias o peligros innecesarios a los enfermos.
- Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de las personas bajo nuestra atención.
- Propiciar una adecuada relación personal con el paciente, que le inspire un estado anímico de seguridad; explicarle su estado de salud y las causas de su enfermedad, con el tacto y prudencia necesarios, e informarle, oportunamente, las medidas preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación que debe adoptar, o a las que ha de ser sometido.
- Establecer similar relación con los familiares del paciente, informándoles, en cualquier momento, todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, propiciando obtener el máximo apoyo y cooperación posibles, en lo relacionado con la prevención, curación o rehabilitación de su familiar.
- Escuchar las preocupaciones y dificultades del paciente y sus familiares, darles la atención requerida y esforzarnos por viabilizar las soluciones posibles.
- Utilizar, en todo momento de nuestras relaciones con los pacientes y sus familiares, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez o de mal gusto.
- Conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas.

- No divulgar aspectos de la enfermedad que puedan estar relacionados con la vida íntima del paciente o sus familiares.
- Al publicar los resultados de observaciones y de experiencias, para contribuir a la protección y mejoramiento de la salud y el avance científico-técnico de las ciencias médicas, hay que tener en cuenta que la información no debe perjudicar la integridad psíquica y moral del paciente u otras personas, ni los intereses de la sociedad.
- Mantener, en los casos de enfermedades de curso fatal, absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quien se debe dar esa información con el tacto necesario.
- Tratar, en la práctica médica cotidiana, de indicar los medicamentos básicos y esenciales que existan en el país, a fin de evitar dificultades e inquietudes en la población con la prescripción de marcas o productos similares no disponibles.
- Obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica, que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor.
- Evitar y combatir cualquier tendencia a la complacencia en la emisión de recetas, indicaciones de investigaciones, elaboración de certificados médicos u otras prescripciones que, sin una necesidad real, solo vayan dirigidos a satisfacer demandas injustificadas de los pacientes.
- Antes de proceder a realizar la necropsia o la práctica de operaciones en cadáveres con fines de segregar órganos, tejidos o fracción de ellos, debe asegurarse que estos actos sean rodeados del respeto y garantía propios de actividades del más alto valor científico-técnico.
- Atender, de forma solícita y benévola, a toda persona que recabe nuestros servicios, sin mostrar prisa o indiferencia hacia sus padecimientos, ni hacer comentarios indiscretos en su presencia.
- Evitar que lleguen a manos de los pacientes o de sus familiares las historias clínicas, informes de laboratorio, o cualquier otro documento médico que pueda darles indebida o perjudicial información.
- Garantizar que no se interrumpa la asistencia del paciente, en los casos que se requiera su traslado a otra área de servicio o a otro centro.
- Exigir, de aquellos trabajadores que nos están subordinados, la conducta adecuada ante el paciente y sus familiares y en el mismo sentido, actuar con aquellos que, aunque no estén subordinados, intervienen en una u otra forma en el trato a los pacientes.
- Cuidar de no incurrir en el error médico que resulta de una equivocación, aunque no exista mala fe, ni elemento de negligencia, despreocupación o ignorancia. Debemos evitar a toda costa que nuestro trabajo se afecte por el apresuramiento innecesario, la superficialidad o la rutina.
- Los errores médicos deben ser conocidos y analizados en las reuniones estrictamente médicas, con la libertad y profundidad necesarias, que permitan derivar de estas las experiencias que impidan su repetición.

- El médico, la enfermera y todo el personal técnico, deben poseer la valentía necesaria para reconocer sus errores y eliminarlos.

En las relaciones con el resto de los trabajadores de la salud:

- Mantener, para con nosotros mismos y con los demás profesionales de la salud, una actitud crítica y autocrítica sobre los asuntos referidos a la relación con los pacientes, al diagnóstico, asistencia, tratamiento y rehabilitación de estos; cuidar que las opiniones y criterios se basen en el más profundo análisis científico posible.
- Evitar indiscreciones que menoscaben el prestigio de otros compañeros o de instituciones del sistema de salud.
- Poner en conocimiento de las autoridades correspondientes cualquier violación que nos conste, tanto de estos principios éticos como de los reglamentos establecidos en las unidades de salud pública.

En las relaciones entre el docente y el educando:

- El docente debe promover e inculcar los principios éticos, a través de la palabra y el ejemplo, ante sus alumnos, a la vez que desarrollará el esfuerzo necesario dirigido a garantizar la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades entre estos.
- Propiciará que las relaciones entre él y sus educandos se enmarquen en la debida autoridad y respeto que se requieren en la actividad docente.
- Prestar especial atención a su superación individual, teórica y práctica, como aspecto esencial para el cumplimiento de sus responsabilidades docentes.
- Los alumnos realizarán el mayor esfuerzo, dedicación y sacrificio por alcanzar el más alto nivel de aprendizaje práctico y teórico.
- Estarán dispuestos a recibir entrenamiento especializado en aquellas disciplinas que lo demanden, a fin de satisfacer las necesidades de nuestro pueblo y las tareas internacionalistas que se requieran.

Como parte de la sociedad:

- Ejercer con altruismo las actividades propias de nuestra esfera de trabajo, subordinando el interés personal al social.
- Comportarnos en todo momento con sencillez, modestia, honestidad y dentro de las reglas de una elevada educación formal y política.
- Estar siempre en disposición de cumplir las obligaciones que nos corresponden como ciudadanos, así como aquellas que, por razón del carácter excepcional de nuestro trabajo, nos exijan el mayor esfuerzo, dedicación y sacrificio.
- Actualizar y perfeccionar nuestros conocimientos de forma continua, para lograr la óptima calidad de los servicios que prestamos a la sociedad.
- Procurar que la información que ofrezcamos con propósitos de divulgación científica y educativa sea correcta y adecuada, y abstenernos de verter conceptos u opiniones que puedan alarmar innecesariamente a la ciudadanía.

- Luchar contra aquellos vicios y costumbres que afectan la promoción de salud de nuestra sociedad y entre estas, el hábito de fumar, la obesidad y el sedentarismo, procurando en esta labor ofrecer el máximo de ejemplo personal ante los pacientes.
- Mantener en todo momento un porte y aspecto personal acordes con nuestras costumbres y moral comunistas, cumpliendo, además, con las normas de vestuario vigentes en las diferentes áreas de trabajo de las unidades asistenciales.

Estos principios y normas se sustentan en nuestra plena identificación con la concepción materialista y científica del mundo, y con el carácter clasista de nuestra función social y científica. La transgresión de cualquiera de ellos constituye una falta a los deberes morales que integran nuestra ética médica revolucionaria y socialista.

Tales faltas deben ser conocidas, analizadas y corregidas a través de las vías y mecanismos idóneos, cuyo establecimiento corresponde al Ministerio de Salud Pública y al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud.

Los profesionales, los estudiantes de las especialidades médicas y otros técnicos medio de la salud, reunidos en las asambleas convocadas al efecto en todo el país, hemos discutido y aprobado estos principios de la ética médica.

Anexo 3.5. Resolución Ministerial N.º 138/2009 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba

POR CUANTO: La Constitución de la República de Cuba, proclamada el 24 de febrero de 1976 y reformada el 26 de junio de 2002, por el Acuerdo N.º V-74 del órgano supremo de poder del Estado, en sesión extraordinaria de la Asamblea Nacional del Poder Popular, en su Preámbulo se declara la voluntad de los ciudadanos cubanos de que la ley de leyes de la República esté presidida por el profundo anhelo, al fin logrado, de José Martí: "Yo quiero que la ley primera de nuestra República sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre" y este Preámbulo, así como los Principios de la Ética Médica, aprobados por el Secretariado del Comité Central del Partido Comunista de Cuba y publicados por la Editora Política el 26 de febrero de 1983, constituyen las bases de la concepción ética de nuestra Salud Pública socialista, enriquecida en la realidad cotidiana de la prestación de los servicios, la docencia y la investigación en nuestro sector.

POR CUANTO: La Ley N.º 41 "De la Salud Pública", del 13 de julio de 1983, en el artículo 3 de su Capítulo I "Disposiciones Generales", establece que el Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo la rectoría metodológica, técnica y científica, en la prestación de los servicios y regula el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines, fijando las condiciones, requisitos y limitaciones de estas; y la organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basa, tal y como se dispone, en el inciso c) del artículo 4, en el carácter social del ejercicio de la medicina, de acuerdo con los principios de la moral socialista y de la ética médica establecida.

POR CUANTO: El Acuerdo para el control administrativo, número 2817, del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, del 25 de noviembre de 1994, adoptado de conformidad con las Disposiciones Finales Sexta y Séptima del Decreto-Ley N.º 147 "De la Reorganización de los Organismos de la Administración Central del Estado, del 21 de abril de 1994, establece los deberes, atribuciones y funciones comunes de los Organismos de la Administración Central del Estado, correspondiendo a sus jefes, a tenor de lo dispuesto en el numeral 4, del apartado Tercero "Dictar en el límite de sus facultades y competencia, reglamentos, resoluciones y otras disposiciones de obligatorio cumplimiento para el sistema del organismo; y en su caso, para los demás organismos, los órganos locales del poder popular, las entidades estatales, el sector cooperativo, mixto, privado y la población."

POR CUANTO: Mediante la Resolución Ministerial N.º 8, del 10 de febrero de 2005, se dispone fortalecer el trabajo de las Comisiones de Ética Médica al nivel de unidad, provincia y nación.

POR CUANTO: El impetuoso desarrollo de los Programas de la Revolución en este Sector requieren a la vez, de un amplio y sistemático trabajo de educación ética y actuación moral con todos los profesionales, técnicos, estudiantes y trabajadores en general, que garantice a cada ciudadano que necesite de nuestros servicios recibir, en primer lugar, una atención de alta calidad, dentro de los elevados valores morales que caracterizan a la Salud Pública cubana.

POR CUANTO: El propósito de continuar desarrollando las bases metodológicas de nuestro Sistema Nacional de Salud y promover aún más el humanismo en nuestro encargo social, hace necesario perfeccionar las funciones de las Comisiones de Ética Médica, así como modificar su composición y funcionamiento.

POR CUANTO: Por Acuerdo del Consejo de Estado, de fecha 27 de mayo de 2004, se designó al que resuelve, Ministro de Salud Pública.

POR TANTO: En el ejercicio de las facultades que me están conferidas, Resuelvo:

PRIMERO: Reorganizar las Comisiones de Ética Médica al nivel de unidad, municipio, provincia y nación, teniendo como premisa que las integren profesionales y técnicos de distintas disciplinas de la salud, así como otros profesionales de las ciencias humanísticas que se desempeñan en el sector salud y otros trabajadores prestigiosos, que mantengan una destacada conducta laboral y social y que tengan el reconocimiento de sus respectivos colectivos por su trayectoria y actitud mantenidas. Sus miembros han de ser un magisterio vivo de los valores éticos que rigen la práctica de la salud pública cubana y deberán influir en este sentido, directa y sistemáticamente, con el colectivo de trabajadores de su centro.

SEGUNDO: Las Comisiones de Ética Médica se crean en las unidades del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios a la población.

TERCERO: Las unidades del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios a la población, a los efectos de la aplicación de esta Resolución, son las siguientes:

a) Hospitales.
b) Institutos de investigación con atención hospitalaria.
c) Policlínicos.
d) Clínicas estomatológicas.
e) Instituciones del Sistema Integrado de Urgencia Médica.
f) Centros de atención integral al diabético.
g) Hogares maternos.
h) Centros de genética médica.
i) Unidades de seguridad acuática.
j) Sanatorios especializados.
k) Unidades de extracción de sangre, tales como bancos de sangre, centros de extracción de sangre y servicios de sangre.
l) Hogares de ancianos.
m) Casas de abuelos.
n) Centros médicos psicopedagógicos.
o) Instituto de Medicina legal.
p) Centros provinciales de medicina legal.
q) Farmacias.
r) Centros provinciales de higiene, epidemiología y microbiología.
s) Centros municipales de higiene, epidemiología y microbiología.
t) Unidades municipales de higiene y epidemiología.
u) Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
v) Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

CUARTO: Las Comisiones de Ética Médica se integran por un Presidente, un Secretario y un número impar de miembros que no debe de exceder de 9, en las unidades y direcciones municipales, y de 11 en las provinciales. La Comisión Nacional se constituye con un presidente, vicepresidente, secretario y un número impar de miembros que no debe exceder de 15.

QUINTO: Las funciones de las Comisiones de Ética Médica son las siguientes:

a) Participar, de forma activa, programada y sistemática, en la educación eticomoral de profesionales, técnicos y trabajadores en general del sector.
b) Establecer relaciones de coordinación con las Universidades de Ciencias Médicas para el trabajo educativo eticomoral con los estudiantes y docentes.
c) Realizar evaluaciones periódicas, en coordinación con la dirección del centro o del territorio, del estado de la educación ético-moral en su radio de acción, identificando los principales problemas que existen en este sentido y proponiendo medidas para su solución.
d) Asesorar en las decisiones éticas de la práctica asistencial, cuando se solicite por el Consejo de Dirección del centro, algún profesional, técnico o trabajador del colectivo correspondiente, así como por los pacientes o sus familiares.

e) Velar por la observancia de los principios éticos previstos para las investigaciones, los eventos científicos y las publicaciones que se desarrollen a su nivel.
f) Promover el desarrollo de investigaciones y eventos científicos sobre aspectos de interés relacionados con la ética médica.
g) Velar porque las informaciones y mensajes relacionados con la salud, que aparezcan en los medios masivos de difusión cumplan con los Principios de la Ética Médica.
h) Dictaminar, cuando se le solicite, sobre la presunta violación de los Principios de la Ética Médica, previa determinación por la dirección administrativa de que no ha existido violación de la disciplina. Esta función solo faculta a las Comisiones a emitir criterios sobre si ha ocurrido o no violación de algunos de estos principios, absteniéndose de sugerir cualquier tipo de medida, función que corresponde a las direcciones administrativas institucionales, municipales, provinciales o nacionales, según las disposiciones legales establecidas.

SEXTO: Los Directores de las Unidades son los responsables de la creación de las Comisiones de Ética Médica y del cumplimiento de sus funciones en el ámbito de su radio de acción, de conformidad con lo establecido en esta Resolución.

SÉPTIMO: Las Comisiones de Ética Médica establecen relaciones de trabajo con las instancias correspondientes del Sindicato, la Federación de Estudiantes Universitarios, la Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media, las Universidades y Facultades de Ciencias Médicas y las Sociedades Científicas de la Salud, para la realización de las acciones educativas que se prevean.

OCTAVO: En las unidades del Sistema Nacional de Salud los integrantes de las Comisiones de Ética Médica serán propuestos de mutuo acuerdo, entre la Administración y el Sindicato, y son aprobados en Asamblea General de Trabajadores del centro. En el caso de las Comisiones municipales y provinciales, la propuesta será de mutuo acuerdo entre la Dirección de Salud y el Secretariado del Sindicato de la instancia correspondiente, mientras que la Comisión Nacional es propuesta por el Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública y el Secretariado Nacional del Sindicato de la Salud.

NOVENO: Los Presidentes de las Comisiones de Ética Médica son invitados permanentes de los Consejos de Dirección y principales actividades de las instancias de Salud Pública correspondientes.

DÉCIMO: Los directivos de las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud, incluirán, trimestralmente, un punto en el Orden del Día de sus Consejos de Dirección, para tratar temas éticos que afectan el sistema.

UNDÉCIMO: Las Comisiones de Ética Médica de los diferentes niveles confeccionarán sus planes de acción anuales, teniendo en cuenta las funciones establecidas en el Apartado Tercero de esta Resolución. Para su confección debe tenerse en cuenta, además, los problemas planteados por los profesionales, técnicos, estudiantes y trabajadores del centro, municipio, provincia y nación, las opiniones de las personas que reciben la atención

de salud, sus familiares, personas de la comunidad y sus líderes informales, así como las organizaciones políticas y de masas de las instancias correspondientes.

DÉCIMO SEGUNDO: Las Comisiones de Ética Médica rendirán cuenta de la labor realizada anualmente en el Consejo de Dirección del centro o en la instancia de Salud Pública correspondiente.

DÉCIMO TERCERO: Los análisis realizados en los centros por las Comisiones de Ética Médica en función de la calidad de los servicios, la docencia y la investigación, serán presentados, previa coordinación con la dirección sindical correspondiente, en Asamblea General de Trabajadores. Esta reunión debe constituir un momento importante para movilizar la conciencia y la acción de todos los trabajadores en torno a esta problemática.

DÉCIMO CUARTO: La Comisión Nacional de Ética Médica asesora metodológicamente a las comisiones constituidas en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, no existiendo relaciones de subordinación entre estas.

DÉCIMO QUINTO: Cuando se reclame una medida administrativa a la instancia superior, a partir de una violación dictaminada por la Comisión de Ética Médica actuante, la instancia superior administrativa podrá consultar a la Comisión de Ética Médica de su nivel y valorar su opinión.

DÉCIMO SEXTO: En el caso de que la Comisión de Ética Médica de cualquier instancia, sea consultada y dictamine una violación de los Principios, está en la obligación de brindar una explicación a los implicados cuando le sea solicitada.

DÉCIMO SÉPTIMO: Los casos que al momento de la entrada en vigor de la presente Resolución se encuentren en tramitación, continuarán hasta su culminación de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N.º 8, del 10 de febrero de 2005.

DÉCIMO OCTAVO: Se faculta al Viceministro que atiende el Área de la Asistencia Médica y Social para definir, mediante Instrucción, otros centros asistenciales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud que se consideran Unidades que prestan servicios a la población, a los efectos de la aplicación de esta Resolución.

DÉCIMO NOVENO: Se deroga la Resolución Ministerial N.º 8, del 10 de febrero de 2005.

COMUNÍQUESE a los Viceministros del organismo; a los Directores de Unidades de Subordinación Nacional; a los Directores Provinciales de Salud; y a cuantas personas naturales y jurídicas deban conocer de esta.

ARCHÍVESE el original en la Dirección Jurídica del organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, en la Ciudad de La Habana, a los 15 días del mes de julio de 2009.

CERTIFICO: Que es copia fiel del original que obra en los archivos de esta Dirección Jurídica. 7 de julio de 2009.

Dr. José Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública

Lic. Tania María García Cabello
Directora Jurídica

Anexo 3.6. Resolución Ministerial N.º 40/2014 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba

POR CUANTO: La Ley N.º 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983, define el papel rector del Ministerio de Salud Pública en la prestación de los servicios de salud y de regulación del ejercicio de la Medicina, así como de las actividades que le son afines; en su artículo 96, recoge que, a los fines de dar respuesta a las necesidades priorizadas en el campo de la salud, canaliza las actividades de ciencia y técnica en esta rama, especialmente las dirigidas a la investigación y al desarrollo, las cuales se realizan en concordancia con las necesidades científicas, socioeconómicas y políticas, mediante los planes correspondientes y de conformidad con las regulaciones establecidas por los órganos y organismos rectores.

POR CUANTO: La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki, Fortaleza, Brasil 2013, acápite 23, la cual establece como uno de sus principios éticos para la investigación médica en seres humanos que todo protocolo de investigación debe enviarse para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio, el cual debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

POR CUANTO: La Resolución Ministerial N.º 48 del 13 de marzo de 1992 aprobó y puso en vigor las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) con el objetivo de garantizar la calidad en la realización de los Ensayos Clínicos que se realicen en nuestro país. En la que se establece que los protocolos de ensayos clínicos sean sometidos a una evaluación objetiva y externa a los promotores e investigadores que deberá concluir con el dictamen de aprobación o no del protocolo de la investigación clínica.

POR CUANTO: La Resolución 128/08 del director del Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED), de fecha 20 de noviembre del año 2008 pone en vigor la Regulación 21-2008 "Requisitos para la solicitud de Autorización y Modificación de Ensayos Clínicos" la cual en su capítulo 4, apartado 4.2.1 inciso b) establece como requisito para la autorización de inicio de los ensayos clínicos, la aprobación de la investigación por un comité de ética de la investigación científica.

POR CUANTO: En el ejercicio de las facultades que me están conferidas en el artículo 100, inciso a) de la Constitución de la República de Cuba:

POR TANTO: En uso de las facultades que me están conferidas,

RESUELVO:

PRIMERO: Crear una Comisión en la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública, la que está coordinada por el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos, que implementa un sistema para la aprobación de la propuesta de creación o reestructuración de los Comités de Ética de Investigación (CEI) de acuerdo a la necesidad y pertinencia de las instituciones a que correspondan, así como su evaluación, seguimiento, registro y preparación para su certificación por la Agencia Reguladora.

SEGUNDO: Crear los Comités de Ética de Investigación (CEI) mediante resolución del Director de la instancia correspondiente y a propuesta del Consejo Científico, en aquellas entidades de salud, ya sean asistenciales, docentes, investigativas o administrativas, que se caractericen por realizar actividades de investigación que involucren seres humanos, y requieran de la observancia de normas éticas específicas.

TERCERO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) ofician como órgano consultivo colegiado y tienen como objetivos generales:

- o Velar por el valor, la validez científica y la justificación ética y social de las investigaciones científicas que involucren seres humanos.
- o Garantizar la protección de los derechos, seguridad y bienestar de las personas, ecosistemas y grupos sociales que participen en investigaciones científicas.
- o Emitir dictamen de aprobación o no de la documentación evaluada, correspondiente a la investigación científica propuesta.
- o Dar seguimiento periódico a las investigaciones científicas aprobadas y tomar las acciones pertinentes.

CUARTO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) para su correcto desempeño y funcionamiento toman decisiones que son independientes del Consejo Científico, Comisiones de Ética Médica, del investigador, promotor, patrocinador o de cualquier tipo de influencia éticamente inaceptable, siempre en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país.

QUINTO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) tienen un número de integrantes no inferior a cinco miembros, con una composición multidisciplinaria que incluya: profesionales de las Ciencias Exactas, Naturales y de la Salud, de las Ciencias Sociales y Humanidades con experiencia en este campo que deben contar con la calificación y experiencia necesarias para revisar y evaluar los aspectos científicos, metodológicos y éticos de las investigaciones científicas que se sometan a su consideración. Además, cuentan con un miembro cuya área de interés primario no sea científica y un miembro independiente de la institución. En todos los casos sus integrantes deben mantener una conducta íntegra, tanto laboral como social. Haciendo explícita la confidencialidad que se requiere en esta actividad, mediante un documento firmado.

SEXTO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) están conformados por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario y el resto de sus integrantes en condición de miembros. En caso requerido, se invitan expertos en el tema sometido a evaluación, los cuales no tienen derecho al voto.

SÉPTIMO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) tienen las funciones siguientes:

- Examinar, comentar y enjuiciar el valor y la validez científica y ética de las investigaciones en salud, relacionada con los seres humanos, así como la justificación social de la necesidad de realizar el estudio.

- Analizar el proceso de aprobación de los pacientes respecto a los métodos diagnósticos que se utilizarán, tanto la calidad de la información brindada a los participantes, como las técnicas de comunicación previstas, la metodología de medición de la capacidad y competencia de las personas, o su representante legal y las herramientas (formularios) concebidas para su obtención.
- Evaluar la calificación y experiencia profesional de los investigadores para la ejecución del proyecto, utilizando para ello su *currículum vitae* actualizado y cualquier otra información relevante que se precise, así como la idoneidad de la infraestructura acorde al tipo de investigación o ensayo clínico propuesto.
- Solicitar de los investigadores la inclusión de los documentos establecidos en el proyecto.
- Organizar y realizar sus actividades de acuerdo con procedimientos normalizados de trabajos escritos, armónicos con las Normas de Buenas Prácticas Clínicas vigentes en Cuba, y las Guías Operacionales para el funcionamiento de los Comités de Ética de la OMS, así como mantener los registros establecidos.
- Divulgar los requisitos para solicitar la evaluación de un proyecto de investigación o de una investigación en curso, así como de los plazos de evaluación y las apelaciones para conocimiento público.

OCTAVO: Una vez recibido el proyecto o protocolo de investigación, los Comités de Ética de Investigación (CEI) cuentan con un término de treinta (30) días hábiles para emitir un dictamen, el cual será alcanzado por consenso o mayoría simple. Dicho dictamen se pronuncia por:

- Aprobarlo sin modificaciones.
- Aprobarlo tras modificaciones propuestas por el CEI.
- Que se reelabore y vuelva a presentar al CEI.
- No aprobarlo.

NOVENO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) conservan permanentemente los documentos que establecen su constitución y funcionamiento interno y por un periodo no menor de 3 años o por el periodo establecido por la autoridad reguladora, para los proyectos con los dictámenes de las investigaciones o ensayos clínicos concluidos, así como la información acerca de los controles que se hayan realizado para su seguimiento.

DÉCIMO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) se nombran para trabajar por un periodo de cuatro años, los que transcurridos se renuevan al menos en una tercera parte y no más de dos terceras partes del total de miembros en activo al expirar su mandato.

DÉCIMO PRIMERO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) cuentan con autonomía para emitir dictámenes con respecto a la estructura organizativa de la cual dependen. Garantizando que no exista conflicto de intereses en la evaluación y toma de decisiones de cualquier investigación.

DÉCIMO SEGUNDO: En el caso de ensayos clínicos multicéntricos que lo requieran, se mantendrá la evaluación y seguimiento de estos por un Comité de Ética y Revisión (CER) para cada proyecto, según lo establecido en las Normas de Buenas Prácticas Clínicas.

DÉCIMO TERCERO: Los Comités de Ética de Investigación (CEI) se someten a un sistema de evaluación, en el cual estén definidos los criterios de certificación/acreditación y seguimiento con control de su actividad y establecimiento de programas de capacitación y de estrategias para mejorar las buenas prácticas de evaluación ética de las investigaciones en Salud, conducido por una Comisión Nacional. Al mismo tiempo todos forman parte del Registro Nacional de los Comités de Ética de Investigación CEI.

DÉCIMO CUARTO: La viceministra que atiende la Docencia y las Investigaciones queda encargada de la instrumentación y control de lo que por la presente se dispone.

NOTIFÍQUESE a la directora de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Publica y a la Directora del Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos.

COMUNÍQUESE a los viceministros, directores del Organismo, directores de las Unidades de Subordinación Nacional, directores de los Centros de Investigación y Directores Provinciales de Salud.

ARCHÍVESE el original debidamente firmado en la Dirección Jurídica del Organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, en La Habana, a los 31 días del mes de enero del año 2014.

Dr. Roberto Morales Ojeda

Anexo 3.7. Resolución N.º 458/2019 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba

POR CUANTO: La Ley N.º 41 "Ley de la Salud Pública" de fecha 13 de julio de 1983, en el artículo 46 dispone que el peritaje médico-judicial se realiza por disposición del Instructor Policial, Fiscal o Tribunal, salvo que las condiciones del lugar lo imposibiliten y de conformidad con la Ley Procesal vigente; y en el artículo 47 establece que la metodología y los procedimientos para la realización de los peritajes médico-judiciales, los establece el Ministerio de Salud Pública en coordinación con el Tribunal Supremo Popular, la Fiscalía General de la República y el Ministerio del Interior.

POR CUANTO: La Resolución N.º 99 de fecha 7 de abril de 2008 del Ministro de Salud Pública aprueba la "Metodología para la evaluación de la responsabilidad penal médica", la cual es necesario derogar teniendo en cuenta los antecedentes de estos procesos, así como la necesidad de dar respuesta con la adecuada calidad científica y celeridad requerida a las autoridades facultadas en la tramitación de los procesos penales correspondientes.

POR TANTO: En el ejercicio de las atribuciones que me están conferidas según el artículo 145 inciso d) de la Constitución de la República de Cuba,

RESUELVO

PRIMERO: Actualizar la Metodología para la evaluación de la responsabilidad penal médica vinculada a los procesos penales.

SEGUNDO: La responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales de la Salud de responder ante los órganos judiciales por los daños ocasionados durante el ejercicio de la profesión.

TERCERO: La negligencia es una conducta omisa que se contrapone a las normas que exigen una determinada actuación solicitada, atenta y sagaz, consiste en no prever lo previsible, provocándose con dicho actuar un perjuicio a la salud del paciente, el cual presenta un nexo causal con la lesión causada o el fallecimiento de este último.

3.1 La imprudencia es considerada una acción delictiva no intencional, para el delito se comete imprudencia cuando el agente previó la posibilidad de que se produjeran las consecuencias socialmente peligrosas de su acción u omisión; pero esperaba evitarlas, o cuando no previó la posibilidad de que se produjeran a pesar de que pudo o debió haberlas previsto.

CUARTO: La impericia o incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica se evidencia cuando el profesional a pesar de estar capacitado para el desempeño de su profesión, emplea deficientemente o no emplea los conocimientos científicos y técnicos requeridos en el proceder que realiza, causando la muerte o lesión al paciente, existiendo un nexo causal con la acción u omisión referida, condicionándose el análisis a la experiencia del profesional, el estado de la ciencia y la técnica médica en el momento de ejecutarse el proceder y la posibilidad de la utilización o no de esos conocimientos en las circunstancias del caso en concreto.

QUINTO: La inobservancia de los reglamentos se manifiesta cuando el agente no cumple las medidas que se le imponen con carácter obligatorio en estos; toda vez que, en el ejercicio de la profesión médica, el facultativo está obligado al estricto cumplimiento de los preceptos contenidos tanto en los reglamentos de carácter general como específicos.

CAPÍTULO I

AUTORIDADES SOLICITANTES

Artículo 1: Las autoridades facultadas para solicitar la creación de una Comisión de Responsabilidad Penal Médica provincial son la Fiscalía, los Tribunales y la Instrucción Policial, según corresponda.

Artículo 2: La solicitud de creación de comisiones provinciales de responsabilidad penal médica se presenta por conducto del Fiscal Jefe Provincial o por el Presidente del Tribunal Provincial al Director Provincial de Salud del territorio, según corresponda; y las solicitudes de las comisiones nacionales se presentan al Ministro de Salud Pública por

conducto del Fiscal General de la República o por el Presidente del Tribunal Supremo Popular cuando corresponda, durante la tramitación de los procesos penales.

CAPÍTULO II

CONSTITUCIÓN E INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN DE RESPONSABILIDAD PENAL MÉDICA

Artículo 3.1: Las comisiones de responsabilidad penal médica se constituyen mediante Resolución del Director Provincial de Salud o del Ministro de Salud Pública; designándose al Presidente y Secretario en dicho cuerpo legal.

2: En los casos en que se disponga por el Director Provincial de Salud la creación de una Comisión de Responsabilidad Penal Médica, esta decisión se comunicará al Ministro de Salud Pública.

Artículo 4: Las comisiones de responsabilidad penal médica se constituyen por un mínimo de cinco y de forma excepcional hasta nueve miembros, siendo en todos los casos un número impar, pudiendo auxiliarse de otros profesionales en condición de asesores.

Artículo 5: El Presidente de la comisión de responsabilidad penal médica debe ser un profesional de la medicina de reconocido prestigio, valor ético y político, preferiblemente especialista vinculado a la principal evaluación del caso en pericia o en medicina legal del territorio.

Artículo 6: Los miembros de una comisión de responsabilidad penal médica no pueden ser trabajadores de la unidad de salud en la que haya ocurrido el hecho objeto de la denuncia.

CAPÍTULO III

SOLICITUD DEL PERITAJE MEDICOLEGAL

Artículo 7: La autoridad facultada a partir de una denuncia o la tramitación de un proceso penal, presenta la solicitud de creación de comisión de responsabilidad penal médica ante el Director Provincial de Salud o el Ministro de Salud Pública, según corresponda.

Artículo 8: En la solicitud deben constar los documentos siguientes:

a) Documento de solicitud donde se refleje la autoridad solicitante, número de denuncia o expediente de investigación o de fase preparatoria.
b) Información testifical obtenida de las víctimas, familiares de las víctimas, los trabajadores de la unidad asistencial implicados y otros de interés vinculados al hecho.
c) Informe circunstanciado, fechado, firmado y acuñado por el Director de la unidad asistencial donde haya ocurrido el hecho.
d) Historia clínica o microhistoria.
e) Informe de necropsia o,
f) Dictamen de sanidad de lesiones.
g) Descargos del personal de la medicina objeto de imputación, si los hubiere.

h) En los casos de solicitud de comisiones nacionales de responsabilidad penal médica, el dictamen emitido por la comisión provincial y la ampliación, si hubiere.
i) Actuaciones de la Instrucción sobre el cumplimiento de las garantías procesales establecidas por la ley.
j) Demás antecedentes de interés que resulten de las investigaciones practicadas.

Artículo 9: Los documentos medicolegales considerados imprescindibles para realizar la pericia son la historia clínica o en su defecto la microhistoria y la necropsia, de forma excepcional podrán valorarse a juicio de la Comisión otros documentos que permitan evidenciar la secuencia de la atención médica brindada al paciente que resultó lesionado o fallecido.

Artículo 10: El Informe Circunstanciado deberá contar con:

a) Relación, profesión, años de experiencia laboral y cargo del personal involucrado en el proceso investigativo.
b) En caso de que el personal de salud involucrado en la atención médica sea residente, definir especialidad y año de residencia.
c) Descripción de la atención médica brindada al paciente que resultó lesionado o fallecido.
d) En caso de que el hecho haya sido investigado en la institución como una queja, incorporar el informe correspondiente.
e) Referencia a las normas generales, ramales e institucionales, protocolos de actuación médica, guías de buenas prácticas u otras normas que hayan sido infringidas por el personal de salud involucrado en la atención médica brindada.
f) Nombre, apellidos y firma del Director de la institución de Salud.

CAPÍTULO IV

RECEPCIÓN Y TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD

Artículo 11: El Director Provincial de Salud o el Ministro de Salud Pública según corresponda, una vez recibida de la autoridad facultad de la solicitud de la pericia, procede a revisar la documentación aportada y, de cumplir con los elementos requeridos, procede a constituir la comisión de responsabilidad penal médica solicitada; cuando las solicitudes que se reciban no incluyan los elementos previstos en el artículo 8 de la presente resolución, el director provincial o el ministro devuelven a la autoridad el expediente a los efectos de su completamiento.

Artículo 12: A partir de la creación de la Comisión, esta dispone de un término de treinta (30) días hábiles para el estudio, valoración, discusión y elaboración del dictamen pericial a entregar a la autoridad solicitante; excepto en los casos en que sea necesario buscar nuevos elementos para dar respuesta a la solicitud, pudiendo prorrogarse por la autoridad hasta un término de quince (15) días naturales.

Artículo 13: Cuando la solicitud se refiera a la atención médica brindada por personal de Salud que labora en unidades de subordinación nacional u otras de alta especialización, la solicitud de la pericia se realizará directamente al Ministro de Salud Pública.

13.1 La autoridad podrá solicitar, en los casos que lo considere necesario, una segunda Comisión Nacional de Responsabilidad Penal Médica.

Artículo 14: La documentación aportada y el dictamen pericial emitido, se remiten por conducto del Director Provincial de Salud o del Ministro de Salud Pública según corresponda a la autoridad solicitante.

CAPÍTULO v

SOBRE EL DICTAMEN PERICIAL

Artículo 15: El dictamen emitido por la comisión de responsabilidad penal médica correspondiente responde los elementos que, interesados en el despacho de solicitud por la autoridad, así como definirá la existencia o no de violaciones de las reglas del arte médico y del nexo causal entre dichas violaciones y el daño causado, determinando explícitamente y de forma individual la participación del personal de salud objeto de investigación. El informe de dictamen a emitir se rige por los aspectos contenidos en el anexo único a la siguiente Resolución.

15.1: Si por las circunstancias del hecho, por la carencia de pruebas fehacientes o de evidencias imprescindibles como las consignadas en el artículo 9 de la presente resolución, la Comisión considera la imposibilidad de establecer la ocurrencia de violaciones de las reglas del arte médico o del nexo causal con el desenlace del paciente, de igual forma emite un dictamen con los razonamientos médicos y legales que fundamentan tal posición.

Artículo 16: Las conclusiones de la comisión se emiten mediante el dictamen de forma unánime por los miembros integrantes, en caso que no se logre la unanimidad, el miembro no acogido emite de forma individual mediante informe sus argumentos y valoración pericial.

Artículo 17: El presidente de comisión de responsabilidad penal médica provincial o nacional concluido el dictamen correspondiente, procede a su despacho con el director provincial de Salud o el ministro, para por su conducto trasladar a la autoridad solicitante.

Artículo 18: En los casos que el dictamen pericial emitido por la comisión de responsabilidad penal médica sea omiso o ambiguo, corresponde la solicitud de la ampliación de dicho informe por la autoridad facultada, debiendo pronunciarse la Comisión en un término de diez (10) días hábiles.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA: Cuando en procesos de investigación resulten imputados residentes de especialidades médicas, las comisiones deben evaluar las regulaciones específicas dispuestas por el organismo para este régimen de estudio, vinculadas al nivel de habilidades y competencias adquiridas y vencidas, la obligación de la supervisión por el especialista a su cargo de la actuación médica del residente; así como la participación de este en los hechos y las circunstancias de su intervención.

SEGUNDA: En los casos que la autoridad lo considere necesario y de forma excepcional, podrá solicitar al Ministro de Salud Pública en primera instancia la conformación de una Comisión de Responsabilidad Penal Médica Nacional.

TERCERA: Los procesos de investigación vinculados a la actuación médica de profesionales extranjeros que se encuentran insertados en el estudio de especialidades médicas en las instituciones del sistema nacional de salud, deben ser informados de forma expedita a los directores provinciales de salud de los territorios correspondientes y en los casos de unidades asistenciales de subordinación nacional al Ministro de Salud Pública.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA: El viceministro que atiende las unidades organizativas de Atención Médica y Social, Medicamentos y Tecnología Médica, Docencia, la Ciencia y la Innovación Tecnológica queda encargado del cumplimiento de lo que en la presente Resolución se dispone y de coordinar su implementación con las autoridades competentes.

SEGUNDA: Derogar la Resolución N.º 99 de fecha 7 de abril de 2008 del Ministro de Salud Pública.

TERCERA: La presente Resolución entra en vigor a partir de los sesenta (60) días hábiles posteriores a la fecha de su firma.

NOTIFÍQUESE al Viceministro que atiende las unidades organizativas de Atención Médica y Social, Medicamentos y Tecnología Médicos, Docencia, la Ciencia y la Innovación Tecnológica y al director jurídico, ambos del organismo.

COMUNÍQUESE a los directores provinciales de salud y del municipio especial Isla de la Juventud y de las unidades de subordinación nacional y por su conducto a los directores y jefes asistenciales subordinados.

DESE CUENTA al Ministro del Interior, la Fiscalía General de la República y al Presidente del Tribunal Supremo Popular.

ARCHÍVESE el original de la presente Resolución, debidamente firmado, en la Dirección Jurídica del organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, La Habana, a los 30 días del mes de noviembre de 2019. "Año 61 de la Revolución".

Dr. José Ángel Portal Miranda

Anexo 3.8. Declaración de Venecia sobre la enfermedad terminal

Adoptada por la 35.ª Asamblea Médica Mundial (AMM) Venecia, Italia, octubre 1983, Y revisada por la 57.ª Asamblea General de la AMM, Pilanesaberg, Sudáfrica, octubre 2006

Prefacio

Cuando se abordan los problemas éticos asociados con la atención médica del término de la vida, se plantean inevitablemente interrogantes sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica. La Asociación Médica Mundial condena como antiético tanto la eutanasia como el suicidio con ayuda médica. Se debe entender que la política de la AMM sobre estos temas se aplica plenamente al contexto de esta Declaración sobre Enfermedad Terminal.

Introducción

Cuando el diagnóstico médico de un paciente excluye la esperanza de reponer o mantener su salud y su muerte es inevitable, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a las intervenciones médicas. Los avances de la ciencia médica han aumentado la capacidad del médico de abordar muchos problemas asociados con la atención médica del término de la vida. Sin embargo, es un área de la medicina que históricamente no ha recibido la atención que merece. Aunque no se debe comprometer la prioridad de investigación para curar enfermedades, se debe prestar más atención a desarrollar tratamientos paliativos y mejorar la capacidad del médico para evaluar y abordar los aspectos médicos y psicológicos de los síntomas de una enfermedad terminal. La fase de muerte debe ser reconocida y respetada como una parte importante en la vida de una persona. Mientras aumenta la presión pública en muchos países para considerar el suicidio con ayuda médica y la eutanasia como opciones aceptables para terminar con el sufrimiento en los pacientes terminales, el imperativo ético para mejorar el tratamiento paliativo en la fase terminal de la vida se convierte en tema de primera plana.

La Asociación Médica Mundial reconoce que las actitudes y creencias sobre la muerte y el morir varían mucho según la cultura y la religión. Además, muchas medidas paliativas y para mantener la vida necesitan tecnologías o recursos económicos que simplemente no están disponibles en muchos lugares. El enfoque de la atención médica para los enfermos terminales se verá muy influenciado por estos factores, por lo que intentar formular normas detalladas sobre la atención terminal que puedan ser aplicadas de manera universal no es práctico ni sensato. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial presenta los siguientes principios de base para ayudar a los médicos y las asociaciones médicas nacionales a tomar decisiones relativas a la atención en fase terminal.

Principios

El deber del médico es curar cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de una enfermedad incurable.

En la atención de pacientes terminales, las principales responsabilidades del médico son ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima al controlar los síntomas y satisfacer las necesidades psicológicas y permitir que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Los médicos deben informar a los pacientes sobre la disponibilidad, los beneficios y otros efectos potenciales de los cuidados paliativos.

Se debe respetar el derecho del paciente a la autonomía para tomar decisiones con respecto a las decisiones en la fase terminal de la vida. Esto incluye el derecho a rechazar un tratamiento y a solicitar medidas paliativas para aliviar el sufrimiento, pero que pueden tener el efecto adicional de acelerar el proceso de muerte. Sin embargo, se prohíbe éticamente a los médicos ayudar a los pacientes de manera activa a suicidarse. Esto incluye aplicar cualquier tratamiento cuyos beneficios paliativos, en opinión del médico, no justifiquen los efectos adicionales.

El médico no debe emplear cualquier medio que no tenga beneficio alguno para el paciente.

El médico debe reconocer el derecho de los pacientes a redactar una voluntad anticipada que describa sus deseos sobre la atención, en caso que no puedan comunicarse y que designen un representante que tome las decisiones que no están expresadas en la voluntad anticipada. En particular, el médico debe abordar los deseos del paciente con respecto a las intervenciones para mantenerlos en vida y también las medidas paliativas que puedan tener el efecto adicional de acelerar la muerte. Cuando sea posible, se debe incluir al representante que toma las decisiones por el paciente en estas conversaciones.

El médico debe tratar de comprender y atender las necesidades psicológicas de sus pacientes, especialmente las relativas a los síntomas físicos del paciente. El médico debe tratar de asegurarse que los recursos psicológicos y espirituales estén disponibles para los pacientes y sus familias, a fin de ayudarlos a tratar la ansiedad, el miedo y la pena asociados a la enfermedad terminal.

El manejo clínico del dolor en los pacientes terminales es de mucha importancia para el alivio del sufrimiento. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben hacer una promoción para difundir y compartir la información sobre el manejo del dolor, a fin de asegurarse que todos los médicos involucrados en la atención terminal tengan acceso a las mejores normas de práctica y a los tratamientos y métodos más corrientes disponibles. Los médicos deben poder llevar adelante el manejo clínico apropiado del dolor agresivo sin temor indebido a las repercusiones reglamentarias o legales.

Las asociaciones médicas nacionales deben instar a los gobiernos y a las instituciones de investigación a invertir recursos adicionales para crear tratamientos destinados a mejorar la atención del término de la vida. El currículo de las escuelas de medicina debe incluir la enseñanza de los cuidados paliativos. Cuando no exista, se debe considerar la creación de la medicina paliativa como una especialidad médica.

Las asociaciones médicas nacionales deben defender la creación de redes entre instituciones y organizaciones relacionadas con los cuidados paliativos, a fin de facilitar la comunicación y la colaboración.

Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar medios artificiales necesarios para mantener activos los órganos para trasplantes, siempre que proceda de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Sídney de la Asociación Médica Mundial sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Órganos.

22 de marzo 2017

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 4

Traumatología forense

Gliceria LLeó Jiménez

La traumatología forense es la parte de la medicina legal que se ocupa del estudio de los daños corporales causados por violencias sobre el organismo, por cualquier agente externo o interno.

El *Diccionario terminológico de ciencias médicas* establece estos conceptos de lesión y traumatismo:

- Lesión: Daño o alteración morbosa orgánica o funcional de los tejidos.
- Traumatismo: Término general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior.

Sin embargo, desde el punto de vista medicolegal, lesión es cualquier alteración anatómica, funcional o psíquica ocasionada por cualquier agente, y sería sinónimo de trauma cuando la lesión se trata de un daño específicamente anatómico.

El delito de lesiones está definido en nuestro Código Penal en su artículo 271.1 como "el que cause lesiones corporales graves o dañe gravemente la salud a otro", ello significa que, al ocasionar una lesión a una persona, existe una responsabilidad penal y de ahí la connotación jurídica del término lesión.

En el resto de los artículos (272.2) se definen las que consideran graves: las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima, o dejan deformidad, incapacidad o cualquier secuela anatómica, funcional o psíquica. En el artículo 273 las que cieguen, castren e inutilicen para la procreación. Y en el artículo 274, las lesiones no graves son las que requieren para su curación tratamiento médico, pero que no provocan lo expresado en los artículos anteriores.

En resumen, se puede realizar una clasificación de las lesiones como:

- Graves:
  - Con peligro inminente para la vida.
  - Dejan deformidad, incapacidad, secuela anatómica funcional o psíquica.
  - Cieguen, castren e inutilicen para la procreación.
- No graves: Aquellas que requieren tratamiento médico.

Es necesario aclarar que existe además lesiones no graves sin necesidad de asistencia médica que no están incluidas en el Código Penal, pero sí en otras normativas jurídicas,

ya que son faltas de menor gravedad denominadas contravenciones y no son tipificadas como delito, por lo que conllevan sanciones de multas.

Con relación a las lesiones clasificadas como graves, es importante destacar qué significado tiene desde el punto de vista medicolegal y jurídico los términos siguientes:

- Peligro inminente para la vida: Es el estado que presenta el lesionado al momento de ser examinado, y que, de no recibir asistencia médica de manera rápida, puede morir. Los estados que pudieran provocar esto son: *shock*, gran hemorragia, cuadros clínicos asfícticos, coma por traumatismo severo craneoencefálico y quemaduras extensas.
- Deformidad: La secuela que queda a consecuencia de una lesión y que tiene como característica ser visible, permanente y causa fealdad. El criterio de permanencia, el médico lo puede determinar por las características y evolución de la lesión; las otras dos características son criterios subjetivos que los evalúa el jurista en el momento de juzgar, ya que toman en cuenta todos los factores y por supuesto un criterio sobre la estética que es de apreciación.
- Incapacidad: Es la limitación o impedimento que provoca la lesión ya sea orgánica o funcional para realizar las labores habituales de la persona, en el caso de los niños se agrega su desempeño para los juegos.
- Secuelas: Son las consecuencias permanentes de la lesión y pueden ser:
  - Anatómica: Pérdida de una parte anatómica o integridad de esta.
  - Funcional: Pérdida total o limitación de la función de un órgano o sistema.
  - Psíquica: Trastorno mental permanente o grave a consecuencia de la lesión.

Actuaciones medicolegales y bases legales ante un lesionado

Las actuaciones medicolegales por parte del médico ante un lesionado son: obligación en primer lugar, de prestarle asistencia médica y, en segundo lugar, dar parte a las autoridades competentes entiéndase Policía Nacional Revolucionaria (PNR) a través del Certificado de Asistencia de Primera Intención de un Lesionado.

El Certificado de Asistencia de Primera Intención de un Lesionado es el documento legal emitido por el médico de asistencia para dar parte a la autoridad que ha atendido a un lesionado, de ahí su importancia médica y legal.

Cuando el médico realiza esta certificación, para culminar su obligación legal de denunciar el delito de lesiones hará llegar a la autoridad actuante, por medio del mecanismo o la vía establecida para estos fines en el centro asistencial, el documento original; pero, dejando constancia en la hoja de cargo y en el archivo correspondiente de la unidad. Mediante este certificado es que el médico de asistencia denuncia el delito de lesiones sin que tenga que ir a una unidad de policía, y si no emitiera dicho certificado, estaría incumpliendo con lo que establece el artículo 146 del Código Penal Denegación de auxilio (véase el Código Penal Ley N.º 62/1988). Esta certificación servirá, además, para con

posterioridad realizar el peritaje de sanidad de lesiones por parte de los especialistas de medicina legal o médicos forenses. Este peritaje no es más que el estudio, seguido de dictamen, que hacen los peritos médicos, a la vista, para calificar las lesiones que sufrió un individuo y de las cuales fue dado de alta por el médico que le asistió y se explicará más adelante.

Las bases legales que sustentan en Cuba estas actuaciones son la Ley de la Salud Pública, el Reglamento de la Ley de la Salud Pública, la Resolución Ministerial del MINSAP N.º 139 de 1982 sobre la emisión del certificado mencionado, el Código Penal, la Ley de Procedimiento Penal y la Resolución N.º 141 de 1988 de la Asamblea Nacional del Poder Popular. Para poder realizar de forma adecuada el llenado de este certificado se deben conocer las características de los distintos tipos de lesiones que se producen.

Lesiones por agentes vulnerantes: contusiones y heridas

Las lesiones han sido clasificadas de diferentes formas por diversos autores, las contusiones y las heridas son las más frecuentes.

Contusión

La contusión es la lesión que se causa por agentes vulnerantes contusos por acción mecánica, cuando ejercen presión o atrición (de diferente grado de intensidad) sobre la piel y los tejidos subyacentes.

Otro concepto sería "aquellas lesiones provocadas por la acción sobre el cuerpo de instrumentos duros de superficie roma u obtusa, que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza viva" (Gisbert Calabuig, 2004).

Los mecanismos de producción de las contusiones pueden ser los siguientes (Fernández Arribas, Arredondo Fortuny, 2014):

- Por percusión o presión: Un instrumento dotado de cierta fuerza dinámica que se ejerce perpendicularmente y cesa su acción en cuanto encuentra la superficie corporal (golpe de bastón, latigazo, puñetazo, presión de la mano, entre otros).
- Por frotamiento: Cuando la fuerza se ejerce de manera tangencial.
- Mecanismo mixto: Frecuentemente se combinan ambos mecanismos (por ejemplo, en los aplastamientos).
- En otras ocasiones se puede producir un mecanismo de tracción que dé lugar a lesiones más complejas.

Las contusiones se clasifican de la manera siguiente.

De acuerdo con Velpeau y Dupuytren se clasifican en grados:

- Primer grado:
  - Hiperemia.
  - Excoriaciones.
  - Equimosis.

- Segundo grado:
  - Hematoma.
  - Derrames serosos (de Morell-Lavalle).
  - Heridas contusas.
- Tercer grado:
  - Esguince.
  - Luxación.
  - Fracturas, fisuras o ambas.
- Cuarto grado: Lesiones viscerales (desgarro hepático, esplénico, entre otras).

Se definirán a continuación estas lesiones de forma que quede clara su descripción en el momento de ser utilizadas en el certificado de asistencia de primera intención de un lesionado que se tratará más adelante.

Hiperemia. Algunos autores utilizan el término hiperemia y otros eritemas. Es el cúmulo de sangre en una parte u órgano, y eritema es un enrojecimiento difuso o en manchas de la piel derivado por la congestión de los capilares que desaparece momentáneamente por la presión, según el *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Su mecanismo de producción en ambas es el mismo, es un aumento del flujo sanguíneo por dilatación de arteriolas y capilares superficiales de la piel. La data lesional es breve, o sea, que desaparece en minutos, algunos autores plantean hasta 45 min.

Excoriación. La excoriación es el levantamiento de la dermis con denudación del corion, a veces interesa el cuerpo papilar y la parte reticular de la dermis que deja una zona hemorrágica y después se organiza en una costra, y puede ser:

- Serosa: De color amarillo debido al derrame de linfa, se deseca sin sobrepasar habitualmente los límites de la lesión.
- Serohemática: De color rojo amarillento, debido a una mezcla de sangre y linfa cuando la lesión alcanza las papilas dérmicas.
- Hemática: Formada únicamente por sangre.

Es una lesión que su data lesional puede variar desde menos de 7 días y hasta 20 días, lo que depende del agente vulnerante, de la localización de la lesión, entre otros, y puede dejar una cicatriz blanquecina que desaparece paulatinamente.

Erosión. La Escuela Cubana de Medicina Legal designa como erosión a las lesiones similares a las antes descritas, pero localizadas en las mucosas.

El profesor Nerio Rojas propone designar erosión a las lesiones idénticas no traumáticas, de carácter patológico, sobre todo las localizadas en las mucosas.

Una forma particular son las erosiones y excoriaciones debidas a la acción traumática de las uñas, y que también se conocen como estigmas ungüeales. Pueden asumir tres formas (Fernández Arribas, Arredondo Fortuny, 2014):

- Excoriación arqueada o semilunar: Reproduce el borde libre de la uña y se ocasiona por presión de esta (muchos autores califican a esta forma como el verdadero estigma ungüeal).

- Arañazo lineal: Debido a la presión y el deslizamiento tangencial sobre la piel, delgada, alargada y más o menos profunda.
- Excoriaciones en rasguño: Se originan cuando la uña, tras haber profundizado en la piel, se desliza por ella por su forma más ancha; sus bordes laterales son poco netos y tiene una morfología alargada.

El mecanismo de producción de estas lesiones es cuando el agente contundente actúa por fricción (frotamiento).

Equimosis. Es la infiltración de la sangre en las mallas del tejido celular subcutáneo, al ocurrir la ruptura traumática de pequeños vasos, la extravasación de sangre hacia los tejidos con una disposición laminar que colorea la piel en forma de manchas más o menos extensas y morfología diversa, según el agente y el mecanismo productor.

Según van pasando los días, las equimosis van variando su coloración debido a la transformación del pigmento hemático, y ello puede orientar a la data de la lesión o el tiempo en que fueron producidas, y así se tienen que:

- 1.er día: rojo lívido o bronceado.
- 3.er día: negro violáceo.
- 6.to día: azuloso.
- 12.mo día: verdoso.
- 18.vo día: amarillento.
- Desaparece alrededor del 21.er día.

Sugilaciones. Son equimosis originadas por un mecanismo especial, como es el mecanismo de succión (ejercido, por ejemplo, al aspirar fuertemente con la boca). En cuanto a su forma es de carácter ovalado pues reproduce el orificio bucal, y se suele localizar por lo general en cuello, las mamas, la cara interna de los muslos, los brazos, el abdomen bajo y la espalda. Tienen importancia medicolegal porque están asociadas a agresiones sexuales.

Las equimosis, de forma general, tienen gran trascendencia desde el punto de vista medicolegal, ya que por medio de estas por su aspecto se puede conocer el probable agente productor; por su coloración, el tiempo que hace se han producido y son lesiones vitales, o sea, solo se pueden causar en personas vivas.

Equimoma. Son equimosis de mayor extensión.

Hematoma. La sangre en vez de infiltrar los tejidos se acumula, se colecciona entre sus planos a modo de bolsa subcutánea. Es una tumefacción prominente, fluctuante, con una coloración característica, se rompen vasos de mayor calibre que en las equimosis.

Derrame seroso (de Morell-Lavalle). Se origina cuando un traumatismo actúa de manera tangencial sobre una superficie un poco amplia del cuerpo; la piel y el tejido celular subcutáneo se deslizan sobre una superficie resistente. El tejido flojo que une la fascia a la piel se desgarra y esta se despega en una gran extensión. Este tipo de contusión se observa por el paso de ruedas de vehículos automotores y afecta de manera especial la cara interna de los muslos y la región dorsolumbar.

Herida contusa. Son lesiones ocasionadas por la acción de agentes contundentes que, además de la acción contusiva superficial o profunda, producen una solución de continuidad de la piel cuya elasticidad es vencida por la acción del instrumento. Se caracterizan por tener bordes irregulares, dentados; el tejido celular subcutáneo se desgarra con más extensión que la piel, por lo que los bordes están despegados, excoriativos y equimóticos, con puentes de tejidos entre sus bordes y de variada profundidad, pudiendo llegar hasta la región ósea. Se considera que son lesiones que pueden demorar su cicatrización hasta 15 días o más.

Hasta aquí se han descrito las lesiones consideradas como de 1.er y 2.do grado. Se describen a continuación las lesiones consideradas de 3.ro o 4.to grado.

Esguince. Es la distensión violenta de una articulación sin luxación, que puede llegar a la rotura de algún ligamento o de fibras musculares próximas. Se caracteriza por dolor, inflamación e incapacidad para los movimientos.

Luxación. Pérdida completa de contacto de la articulación. Lesión capsuloligamentosa con pérdida de contacto de las superficies articulares, que puede ser parcial o total. También se conceptualiza como separación permanente de las dos partes de una articulación que pudiera además dañar ligamentos y nervios.

Fractura. Solución de continuidad en un hueso causada de forma traumática o patológica. Pueden ser abiertas o cerradas, desplazadas o no, conminutas, entre otras.

Fisura. Fractura incompleta, cuyos fragmentos óseos no se separan.

Mordedura. Lesión contusa causada por los dientes. Sus mecanismos incluyen presión, tracción y en ocasiones succión. Pueden ser causadas por los animales y por el hombre. Dentro de sus características están que presentan a lo largo de sus bordes la huella de los dientes que la han producido, su forma es la de dos áreas equimóticas curvas y opuestas en la piel que representan las arcadas dentales, pueden llegar a verse arrancamientos de partes salientes. Suelen curar alrededor de los 15 días, si no se infectan porque en esa condición tardaría más su curación.

Arrancamiento. Se origina por una violenta tracción de la piel y los tejidos subyacentes en determinadas regiones del cuerpo. Se localizan en partes prominentes del cuerpo principalmente las extremidades, y casi siempre sus partes distantes; pero, también, a veces la totalidad del miembro, por ejemplo, el pene, el pabellón auricular, etc. Puede interesar planos superficiales y profundos, las lesiones son de superficies muy irregulares, poco sangrantes y con los bordes como deshilachados. Su etiología es por lo general accidental en centros de trabajo por maquinarias o en accidentes de tránsito.

Aplastamiento. Compresión ejercida por dos superficies más o menos irregulares que pueden ser ambas activas, o una activa y otra pasiva. Las lesiones más graves ocurren en órganos internos y en el tejido óseo. La piel, por su gran capacidad elástica, pocas veces sufre daño grave. Muchas veces es de etiología accidental. En pacientes que sobreviven grandes traumatismos por aplastamiento, se considera el *crush syndrome*, este obedece a la gran extravasación sanguínea, en especial en miembros inferiores, y a su subsecuente hemólisis que causa nefropatía hemoglobinúrica.

Lesiones causadas por arma blanca

Se considera arma blanca a los instrumentos con características laminadas o cilíndricas, con punta y filo, además de peso en algunos. Su nombre se debe a que el acero antiguo era del todo distinto al actual, ya que era de color blanco, estos instrumentos se cromaban y, por tal razón, en la noche el destello lunar los hacía brillar, razón por la cual se les designó de esta manera.

Otros objetos preparados que tengan las características mencionadas, también pueden determinar heridas por los efectos traumáticos filosos, punzantes o ambos, y en algunos casos, también por el efecto traumático contuso, cuando además de filo, el objeto tiene peso; por ejemplo, agujas, tijeras, cristal, clavos u otros objetos fabricados de forma artesanal.

Heridas por arma blanca

Las heridas por arma blanca pueden ser:

- Incisa.
- Punzante o perforante.
- Perforocortantes.
- Cortocontundente.

Herida incisa. Se origina por la acción cortante o filo del arma. Estas heridas son lineales, de bordes regulares y limpios. También influye la posición de la región en el momento de la herida, esto puede aumentar o disminuir la separación de los bordes cuando ocurren en la rodilla, el codo, el hueco axilar, etc. Son superficiales al inicio y más profundas en el centro, y vuelven afinarse a la salida a lo que se le llama colas. Cuando el filo del arma presenta melladuras, la herida será irregular y presentará hendiduras, dentelladuras. Además, pueden causarse heridas en colgajo, cuando el instrumento cortante penetra de manera oblicua, uno de los bordes queda cortado en bisel y el otro resulta un colgajo de sección triangular con el borde libre fino. La profundidad de estas heridas depende de la fuerza empleada y si existe o no un planeo óseo subyacente.

Herida perforante o punzante. Se ocasiona por la acción de la punta del instrumento o arma (alfileres, agujas, clavos, punzón, flechas, tijeras, etc.) que perfora los tejidos y cavidades. Las características de estas heridas consisten en poseer un orificio de entrada, un trayecto y, si atraviesa por completo una zona del cuerpo, un orificio de salida. El orificio de entrada puede tener diversa forma, lo que depende del instrumento utilizado, y adoptan forma triangular, circular, cuadrangular, estrellada, entre otros. El orificio puede ser pequeño, y ello depende del diámetro del instrumento.

Herida perforocortante. Es causada por instrumentos o armas donde actúa el filo y la punta. Su mecanismo de producción es por deslizamiento, corte o penetración. Es una combinación de las dos descritas más arriba. Las características de estas heridas dependerán de si actúa el filo o la punta. Su efecto depende de la región anatómica lesionada y si esta son grandes vasos o vísceras.

Herida cortocontundente. Son las causadas por instrumentos provistos de una hoja con filo y peso considerable (hachas, machete, azadón y sable), por lo que a su efecto cortante se añade el propio de una gran fuerza viva. Las características de las heridas son de bordes irregulares, contundidos, puede provocar colgajos y llegar a lesionar planos óseos.

Lesiones producidas por arma de fuego

Se denomina arma de fuego a los instrumentos de dimensiones y formas variadas, destinados a lanzar proyectiles expulsados por efecto de la expansión brusca de gases por la explosión de pólvora en un contenedor. Las armas de fuego se pueden clasificar, de acuerdo al alcance y la longitud del cañón, en armas cortas y largas; de acuerdo a la carga que disparan, en proyectil único o proyectiles múltiples, y según la constitución, en típicas (las armas comerciales fabricadas) y atípicas (las irregulares e improvisadas).

Heridas por arma de fuego

Las heridas por arma de fuego, por lo general, están constituidas por un orificio de entrada, el trayecto y el orificio de salida que puede estar presente o no. Es de señalar que los proyectiles también pueden ocasionar excoriaciones, equimosis, surcos o canales cuando no llegan a penetrar el tejido, porque depende de la energía cinética y el ángulo de incidencia sobre el cuerpo. Las características de la trayectoria del proyectil desde su entrada es la siguiente:

- Orificio de entrada: Puede ser único o múltiple, y adopta diversas formas, tales como, circular, ovalada, estrellada, entre otras. Por su tamaño, puede ser menor, e igual o mayor que el diámetro del proyectil, y sus bordes están invertidos. El orificio o herida de entrada está integrado por el orificio propiamente dicho, el anillo de enjugamiento y el anillo o zona de contusión. El anillo de enjugamiento se forma por las suciedades que arrastra el proyectil a su paso por el cañón del arma, de las que se enjuga o limpia al pasar la piel, lo que puede no suceder si la limpieza se hace por la ropa. El de contusión consiste en el anillo de piel que ha perdido la epidermis que rodea la zona de enjugamiento, y esto se debe a la mayor retractibilidad de la epidermis en relación con la dermis. Alrededor del orificio, se observan otras dos zonas, la de incrustación de muy pequeños fragmentos de los granos de la pólvora, que se introducen debajo de la epidermis, para constituir el llamado tatuaje, y la constituida por el depósito de humo, que puede faltar según la distancia.
- Trayecto: Recorrido del proyectil por los tejidos. Puede ser único o múltiple; este último, si el proyectil se fragmenta durante su paso por los tejidos.
- Orificio de salida: Puede faltar, por lo general es mayor que el de entrada, y su forma y tamaño varía, lo que depende de los planos que atravesó. Presenta los bordes evertidos y no tiene anillo de contusión.

Distancia del disparo. Esta puede ser a boca de jarro o bocatocante, y esto significa a menos de 1 cm de la piel; corta distancia en armas cortas a 50 o 60 cm desde la boca del arma hasta la superficie corporal, y larga distancia en armas cortas más de 50 o 60 cm desde la boca del arma hasta la superficie corporal. A partir de la distancia que se efectúe el disparo habrá variación en las características del orificio de entrada, en la distancia a bocatocante por dentro de la piel y nada por fuera, en la corta distancia están presentes los elementos del disparo y en la larga distancia solo está el anillo de contusión.

Lesiones ocasionadas por quemaduras

Las quemaduras son las lesiones resultantes de la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que, al actuar sobre los tejidos, dan lugar a reacciones locales o generales y su gravedad está en relación a su extensión y profundidad. Pueden provocar quemaduras los siguientes:

- Los agentes físicos capaces de causar quemaduras son: llama, cuerpos sólidos calentados al rojo vivo o en fusión, líquidos en ebullición, así como gases y vapores, radiaciones y la electricidad.
- Los agentes químicos son: sustancias cáusticas y corrosivas.
- Los agentes biológicos son: insectos, medusas, peces, batracios, ciertas plantas, entre otras.

En esta sección se estudiarán las lesiones originadas por los agentes físicos y químicos.

Clasificación clínica de las quemaduras

La clasificación de las quemaduras desde el punto de vista clínico se puede realizar en grados (I, II y III) como lo hace el autor Converse-Smith de los EE. UU., y en letras, como lo realiza el autor argentino Fortunato Benaim de acuerdo a la profundidad del estrato de piel afectada. En Cuba se utiliza la de Benaim, que es la siguiente:

- Epidérmicas.
- Dérmicas superficiales (A).
- Dérmicas profundas (AB).
- Hipodérmicas (B).

Si se unen ambas clasificaciones, quedaría de esta manera:

- Grado I: epidérmicas.
- Grado II: intermedias.
- Dérmicas superficiales (A).
- Dérmicas profundas (AB).
- Grado III: hipodérmicas (B).

La extensión superficial del cuerpo afectada se puede calcular por medio de la conocida regla de los nueve, propuesta por Wallace, y es la siguiente:

- Cabeza y cuello: 9 %.
- Cara anterior del tronco: 18 %.
- Cara posterior del tronco: 18 %.
- Cada extremidad inferior: 18 %.
- Cada extremidad superior: 9 %.
- Periné: 1 %.

Las quemaduras epidérmicas nunca tendrán flictenas o ampollas, la zona lesionada está enrojecida, caliente y con dolor. A los 6 o 7 días se restituye la continuidad de la piel y no queda cicatriz. Las dérmicas superficiales siempre tienen flictenas o ampollas, el fondo de quemadura está de un color rosado brillante, pero pálido. En las dérmicas profundas, el fondo de las flictenas es rojo tomate y evoluciona en unos días hacia una escara fina que desaparece en pocos días; pero puede dejar cicatrices hipertróficas y retráctiles. Las hipodérmicas se observan blancas acartonadas, secas y no duelen porque hay afectación de las terminaciones nerviosas. Estas evolucionan hacia una escara, que a veces necesitan de injerto de piel.

La quemadura provocada por la electricidad tiene sus características propias, es blanco amarillenta, de consistencia firme y aparece como si estuviera incrustada con los bordes sobresalientes y el centro deprimido como si fuera un "sacabocado". La profundidad de la lesión es variable.

Las lesiones emanadas por sustancias cáusticas y corrosivas consisten escaras secas, pero su color varía de acuerdo a la sustancia que se utilice; la de los álcalis son blandas translucidas y húmedas, otras sustancias pueden originar flictenas. Cuando alguna de estas sustancias es ingerida se presentarán lesiones al nivel de los labios y el tracto digestivo, lo que provoca severas complicaciones.

Lesiones ocasionadas por caídas y precipitaciones desde alturas

La caída es el desplome del cuerpo desde su propia altura sobre el suelo. La precipitación es el desplome del cuerpo desde una altura mayor de 5 m (de acuerdo a la Escuela Cubana de Medicina Legal).

Clasificación de las caídas

Las caídas pueden clasificarse en:

- Caída simple o estática: No existe ningún componente dinámico extraño en la caída.
- Caída complicada: Se añade otro componente lesivo que complica el trauma o agrava sus consecuencias; por ejemplo, al caer la víctima sobre un charco o sobre el fuego, entre otras situaciones.

- Caída fásica: Se desenvuelve en dos o más fases, y tiene lugar en dos o más tiempos sucesivos.
- Caída acelerada: Se añade el componente dinámico de la velocidad que aumenta la fuerza de la caída; por ejemplo, la caída desde un vehículo en movimiento.
- Caída *post mortem*: Cuando un cadáver es lanzado para ocultar un hecho criminoso.
- Caída o precipitación compleja: Ocurre cuando un individuo cae conjuntamente con el vehículo en que viaja.

Las lesiones en las caídas son variables, pueden ser desde excoriaciones, equimosis, hematomas y bolsa sanguínea, hasta fracturas de cráneo, de miembros superiores o inferiores.

En la precipitación desde alturas, las lesiones pueden ser:

- Cutáneas, a veces escasas.
- Esqueléticas.
- Viscerales.

Lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito

Se considera accidente de tránsito a cualquier accidente de vehículo que ocurre en la vía pública; por ejemplo, que se origina en, termina en, o afecta parcialmente a un vehículo en la vía pública, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Y la Ley 109/2010 Código de Seguridad Vial lo define como "hecho que ocurre en la vía pública donde interviene por lo menos un vehículo en movimiento y que como resultado produce la muerte, lesiones de personas o daños materiales".

Los accidentes de tránsito más frecuentes son el atropello, la colisión, el vuelco y la caída desde el vehículo en movimiento:

- Atropello: Encuentro entre un cuerpo humano y un vehículo o animal en movimiento en la vía pública. Esta variedad de accidente de tránsito consta de varias fases: choque, caída, aplastamiento y arrastre. En cada una de estas fases se pueden observar múltiples lesiones de las ya descritas, como las excoriaciones, las equimosis, los hematomas, las fracturas de miembros y craneales; así como, lesiones al nivel de los órganos internos, como el desgarro de hígado, de bazo, de riñón, entre otras.
- Colisión: Es el choque de dos vehículos entre sí o contra un obstáculo fijo. Las lesiones que presenten los ocupantes dependerá del lugar que ocupen en el vehículo y si el choque fue frontal, trasero o lateral. Se causan igualmente lesiones en la cabeza al chocar contra el techo, fracturas en miembros inferiores, en tórax, entre otras.
- Vuelco: Ocurre cuando el vehículo pierde su estabilidad y puede deslizarse por alguno de sus laterales o el techo. Los ocupantes pueden salir proyectados o ser aplastados o golpearse contra las diferentes partes del vehículo, lo que provoca diversos tipos de lesiones de las mencionadas.
- Caída desde el vehículo en movimiento: En esta variedad de accidente se pueden ocasionar lesiones por aplastamiento al caerse y pasarle los neumáticos por enci-

ma, o quedar enganchado en algún saliente y ser arrastrado, situación en la que se observan escoriaciones en placas en el cuerpo, acompañadas de otro tipo de lesión o fracturas en distintas partes del organismo por la caída.

Certificación de las lesiones

Esta es una de las actuaciones medicolegales más frecuentes en la práctica médica, y se realiza cuando el médico, después de atender al lesionado, procede a llenar el Certificado de asistencia de primera intención de un lesionado para lo cual debe clasificar las lesiones y emitir el pronóstico medicolegal correspondiente (véase el Anexo 14.1 en el capítulo Documentos medicolegales).

Metodología para la correcta descripción de las lesiones

Como se puede observar en el Anexo 14.1, este es el modelo oficial del certificado de asistencia de primera intención de un lesionado, y debe ser llenado en todas sus partes con letra clara, legible, en tinta azul o negra, sin tachaduras o borrones y no utilizar abreviaturas porque se trata de un documento medicolegal.

Para realizar la descripción de las lesiones, es importante que se tenga en cuenta los elementos siguientes:

- Características: Describir la naturaleza de la lesión si es una excoriación, equimosis, hematoma, esguince, fractura, luxación, herida qué variedad, sus bordes, su forma y dimensiones.
- Localización: Ubicación anatómica de la lesión con una descripción correcta.
- Dirección: En el caso de las heridas, si son perpendicular, tangencial u otra, al eje del cuerpo.
- Número: Cantidad de las lesiones descritas, única o múltiples.
- Profundidad: Por planos anatómicos y si son penetrantes o no en cavidades.

Se deben describir de manera correcta las lesiones; pero, también, hay que emitir el pronóstico medicolegal que es el juicio más o menos hipotético, aunque con base científica, que hace el médico de asistencia. Para ello debe tomar en cuenta la evolución probable que debe tener la lesión que presenta, unido a la clasificación en la legislación penal que se recoge en el Código Penal y en la Resolución N.º 141 de 1988 de la Asamblea Nacional del Poder Popular, que ya se había expresado al inicio de este tema. Tal pronóstico se sustenta en el delito de lesiones tipificado en el Código Penal, del que se infiere que puede ser:

- Grave: Con o sin peligro inminente para la vida de la víctima, o porque le deja deformidad, incapacidad o cualquier secuela anatómica o fisiológica (o ambas). Es muy importante que el médico de asistencia que emite el pronóstico medicolegal de las lesiones se abstenga de considerar que es grave por secuela psíquica, pues si bien la deformidad y la secuela anatómica o fisiológica pueden en ocasiones pronosticarse desde la primera asistencia, sin que el lesionado esté curado, la

secuela síquica se diagnostica mediante el peritaje psiquiátrico que determine que el trastorno mental no existía previamente, sino que surgió a consecuencia de las lesiones y es permanente.

- No grave que requiere tratamiento médico: Es el que se emite cuando las lesiones corporales no ponen en peligro la vida de la víctima, ni le dejan las secuelas, pero requieren para su curación tratamiento médico.
- No grave sin necesidad de asistencia médica: Es el pronóstico medicolegal que corresponde a las lesiones que sanan espontáneamente, como las contusiones de primer grado que son superficiales y no dejan secuelas.

El pronóstico medicolegal es excluyente y nunca debe expresarse en términos tales como reservado, crítico, malo o bueno.

Para establecer la relación pronóstico medicolegal, la clasificación legal del delito de lesiones y calificación médica de las lesiones, se utilizan elementos que se deben tener en cuenta y que se observan en la figura 4.1. En dicho diagrama se deja establecida, de forma clara, la relación entre los diferentes conceptos que el médico debe tener en cuenta para el llenado del certificado.

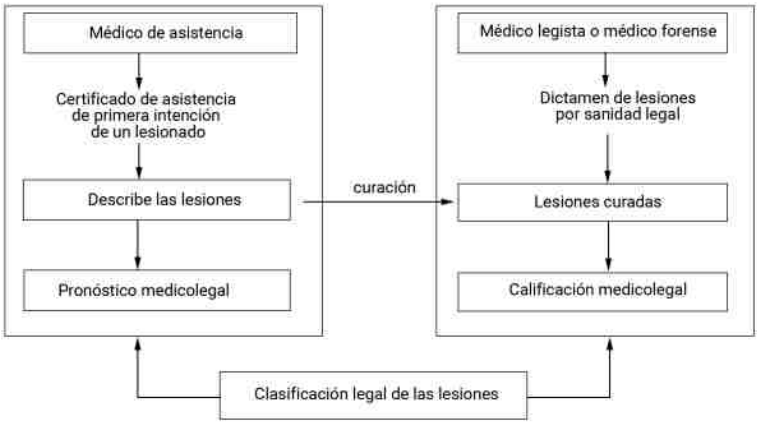


Fig. 4.1. Diagrama que representa la relación entre el pronóstico medicolegal, la clasificación legal del delito de lesiones y la calificación médica de las lesiones.

Dictamen de las lesiones por sanidad legal

El dictamen de sanidad legal de las lesiones es una actuación medicolegal que realizan los médicos forenses por orden de la autoridad, una vez curadas o estabilizadas las lesiones que dieron origen al pronóstico medicolegal.

Cuando exista más de una lesión, el pronóstico tendrá en cuenta la de mayor gravedad. Si en la atención médica intervienen varias especialidades, sería recomendable y adecuado que el certificado de asistencia de primera intención de un lesionado sea realizado por el jefe del equipo médico o por el médico que trata la lesión de mayor connotación que,

por lo general, es el cirujano, el ortopédico, el neurocirujano, pero nunca se debe omitir una lesión en la descripción ni realizar certificaciones separadas.

También existe el certificado de segunda intención que es el mismo modelo, pero, se utiliza, cuando de primera instancia el médico no apreció una lesión más severa y después, uno o 2 días o más, el lesionado acude nuevamente y se le diagnostica, por ejemplo, una fractura en el lugar donde se había descrito una contusión en la muñeca derecha. En ocasiones, los médicos de asistencia son reacios a emitir esta certificación y es su deber hacerlo, y esto no le va a provocar al médico ningún problema jurídico.

El parte de estado y la historia clínica, de gran importancia en la asistencia médica de un lesionado, son dos documentos medicolegales que se tratan en el tema Documentos medicolegales.

Parte de estado

El parte de estado es una comunicación oficial y documental que realiza el médico de asistencia a solicitud de la autoridad competente en los periodos que esta establezca sobre el estado de salud del lesionado, su evolución y cualquier agravación, el alta médica o si el lesionado abandona el tratamiento y hasta su curación o muerte. Todo ello tiene su base legal en el artículo 145 de la Ley de Procedimiento Penal cubana.

Historia clínica

La historia clínica es un documento medicolegal de gran trascendencia, ya que en esta se plasma toda la atención médica prestada al lesionado, el diagnóstico de sus lesiones, la evolución y el tratamiento. Todo ello permite realizar una corroboración del pronóstico medicolegal emitido y, sobre todo, en aquellos que se consideró que hubo peligro inminente para la vida; pero, además, si ha quedado alguna secuela y el tiempo de curación, elementos que son utilizados por los médicos legistas en el momento de emitir su dictamen de sanidad de lesiones contribuyendo así a una correcta calificación de las lesiones.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1983). Ley N.º 41. Ley de la Salud Pública. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1988). Resolución N.º 141 de 1988 sobre contravenciones al orden interior.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1998). Ley N.º 62 Código Penal; Edición actualizada, concordada y comentada. La Habana; Editorial Félix Varela.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1999). Ley N.º 5. Ley de Procedimiento Penal (actualizada). La Habana; Ministerio de Justicia.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (2010). Ley N.º 109. Código de Vialidad. 17 septiembre de 2010.

Colectivo de autores (1984). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Ciudad de La Habana; Editorial Científico Técnica.

Fernández Arribas, E., Arredondo Fortuny, Z. (2014). *Guía práctica de Lesiones. Valoración clínica y*

sus implicaciones. España; Editorial Elsevier.
Fournier Ruiz, I. (1989). *Medicina Legal en Preguntas y Respuestas*. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.
García Gutiérrez, A. (2010). Traumatismos, En: Pardo Gómez, G., García Gutiérrez, A. *Temas de Cirugía* Tomo I. La Habana; Editorial Ciencias Médicas.
González Pérez, J., Montalvo Vidal, E., Gálvez Cabrera, E., Tamame Camargo, A., Basanta Montesinos, A.M., Ponce Zerquera, F. (2009). *Medicina Legal y Ética Médica* [CD ROM] La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
Ministerio de Salud Pública, Cuba (1982). Resolución Ministerial N.º 139 de 1982 sobre Certificado de Asistencia Médica de Primera Intención de un lesionado.
Ponce Zerquera, F. *et al*. (1999). *Medicina Legal*. La Habana; Editorial Ciencias Médicas y Editorial Pueblo y Educación.
Villanuevas Cañadas, E., Gisbert Calabuig, J.A. (2004). *Medicina Legal y Toxicología*. 6.ta ed. Barcelona; Editorial Masson.

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 5

Toxicología forense

Elisa R. Gálvez Cabrera

La toxicología forense es la ciencia que estudia los tóxicos y sus efectos; las intoxicaciones, el origen de estas, las propiedades, los mecanismos de acción, las consecuencias, los efectos lesivos, los métodos analíticos, el modo de evitar la contaminación ambiental y laboral, las medidas de profilaxis y el tratamiento.

Cada época histórica tuvo su tóxico, desempeñando los venenos un importante papel en la historia. Su uso con fines positivos como la caza, el exterminio de plagas y de animales dañinos, como medicamentos, o con fines criminales, condicionó el desarrollo gradual y paralelo de la toxicología en esas prácticas.

El hombre prehistórico tuvo conocimiento de las propiedades tóxicas de algunas sustancias minerales, vegetales y animales, las que utilizó para la caza y, después con fines euforizantes, terapéuticos o criminales. Probablemente fueron los productos de origen vegetal los primeros tóxicos dirigidos. Tanto en la mitología oriental, como en la romana o la griega, se refieren con frecuencia al empleo de los tóxicos. En Grecia, se usó la cicuta como el veneno del Estado para las ejecuciones. Los romanos también hicieron uso político de los venenos, el emperador tenía un envenenador oficial.

La toxicología judicial o forense surge y se desarrolla como ciencia durante el siglo XIX en Francia, estimulada por el uso indiscriminado de los venenos en Europa. El fundador de esta moderna ciencia fue Mateo José Buenaventura Orfila (1787-1853), profesor español de Medicina Legal, Decano de una universidad de París.

La toxicología judicial o forense es la parte de la toxicología que se encarga de los análisis toxicológicos de interés legal, es decir, la toxicología como auxiliar de la medicina legal. Es una de las disciplinas de las ciencias forenses que coloca a la toxicología al servicio de la administración de la justicia, requiere de resultados analíticos indiscutibles desde el punto de vista científico y legalmente defendibles. Estudia la acción o los cambios que causan las sustancias tóxicas o los venenos en el organismo humano y sus implicaciones legales.

Generalidades de la toxicología forense

El tóxico o veneno es la sustancia que, una vez ingresada al organismo, rompe el equilibrio de salud, provocando los cuadros clínicos de intoxicación o envenenamiento

que pueden causar la muerte. Se reserva el término veneno para la sustancia tóxica que tiene la capacidad inherente de producir efectos dañinos sobre el organismo.

Desde el punto de vista medicolegal, existe una distinción medicolegal entre los términos de intoxicación y envenenamiento, dada por la intención; de esta forma, la intoxicación es un evento sin intención que ocurre de manera accidental, en tanto, el envenenamiento se produce de manera intencional y puede ser suicida u homicida.

En cuanto a la causa u origen del evento tóxico, se describe de la manera siguiente:

- Etiología medicolegal accidental: Intoxicaciones alimentarias, alimentos contaminados con pesticidas, plomo, hongos. Las intoxicaciones por picaduras de animales como el escorpión y las serpientes. La absorción de gases y productos de químicos de limpieza. Merece especial atención la intoxicación medicamentosa, dada por la automedicación, los errores de dosis y pautas de tratamiento, la confusión en el producto y la ingestión en los niños.
- Etiología medicolegal suicida: Los autoenvenenamientos y autolesiones. La satisfacción en la evolución de la drogadicción. El consumo de altas dosis de medicamentos para evitar el dolor, la angustia o la ansiedad.
- Etiología medicolegal homicida: Muerte intencional por otra persona con el uso de una sustancia tóxica (veneno).
- Etiología medicolegal judicial (ejecución): Es el empleo de una sustancia a dosis fuertemente elevada que penetra con rapidez para ejecutar la pena capital. En la antigüedad, la cicuta, posteriormente el ácido cianhídrico (CNH) y sus sales en las cámaras de gas, y en la actualidad, el pentotal intravenoso en la inyección letal.

Entre las disciplinas que componen la toxicología forense se encuentran la toxicología forense *post mortem*, la investigación de sustancias tóxicas en el ámbito laboral, el control del dopaje y la toxicología conductual. Por la importancia que reviste para el médico de asistencia, se tratarán en este capítulo los aspectos relacionados con la toxicología del comportamiento o conductual.

Toxicología conductual

La toxicología conductual tiene como objetivo la investigación del alcohol y las drogas en relación con los efectos que ocasionan en el comportamiento y en el desarrollo de tareas, en el marco de las consecuencias medicolegales derivadas de su uso (tránsito, crímenes sexuales, delitos de lesiones, entre otros).

Legislación y drogas

Numerosas investigaciones revelan que el uso de sustancias psicotrópicas (u otras que tienen efectos similares) constituye una de las principales causas de muerte e in-

validez temporal y permanente en el mundo, pero también ocasionan una pesada carga económica para los pueblos; por ello, han sido objeto de Convenios internacionales que conforman un sistema de fiscalización internacional por el uso de las drogas, al cual se ha atemperado la legislación interna de varios países, entre estos Cuba.

Legislación cubana sobre drogas

Aunque el Código Penal cubano no tipifica como delito el consumo de drogas, para no hacer víctima de una medida represiva a una persona que, en definitiva, es un enfermo, sí regula la tenencia y el tráfico. Por tanto, se sanciona a quien tenga la droga en su poder, tratando de evitar que sea legal el poseer la droga a la vista de cualquiera, con el pretexto de ser un consumidor, toxicómano o enfermo, lo cual sería negativo desde el punto de vista social. La ley cubana cuenta con varios artículos para reprimir los diversos delitos vinculados al uso indebido de drogas.

El Código Penal cubano recoge en el capítulo de los Delitos contra la Salud Pública los que constituyen delito en relación con las drogas:

Artículo 190.1. La producción, venta, demanda, tráfico, distribución y tenencia de drogas estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras de efectos similares.

Artículo 191. La simple tenencia de drogas estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras de efectos similares...sin la debida autorización o prescripción facultativa.

Artículo 192.1...el profesional que autorizado para recetar o administrar drogas...lo haga con fines distintos a los terapéuticos…

Constituyen delitos en relación con las drogas:

….. conducir un vehículo o permitir que otro lo haga en estado de embriaguez alcohólica o bajo los efectos de la ingestión de drogas.

…. conducir un vehículo habiendo ingerido bebidas alcohólicas en cantidad suficiente para afectar su capacidad de conducción, aunque sin llegar al estado de embriaguez.

También se introducen en la legislación cubana aspectos en relación con las medidas educativas, de tratamiento y rehabilitación de la persona enferma por esta causa. Así, el consumo reiterado de drogas pudiera llevar a constituir índices de peligrosidad (de base psicopatológica) recogidos en el Código Penal: la embriaguez habitual o dipsomanía, la narcomanía y la conducta antisocial, lo que implicaría la declaración del consumidor en "estado peligroso" a partir de la certificación médica de cualquiera de estos índices.

Otro aspecto de interés en la legislación cubana, relacionado con el consumo de drogas (alcohol y sustancias psicotrópicas) es que se puede considerar como una causa eximente de la responsabilidad penal, cuando corresponde con enfermedad mental u ocasiona trastorno mental transitorio; pero, en igual medida, no se aplica si el afectado se ha colocado voluntariamente en ese estado ni en ningún otro caso en que pudiera haber previsto las consecuencias de su acción, en cuyo caso constituye causa agravante de la responsabilidad penal. El Ministerio de Salud Pública ha emitido resoluciones que

complementan la actividad de fiscalización de drogas de manera conjunta con otros organismos e instituciones del Estado, así como los controles administrativos necesarios para la correcta fiscalización de la manipulación de estos productos por el personal de salud, incluyendo la industria farmacéutica.

La Ley N.º 41 o Ley de Salud Pública en su artículo 99, establece que el Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de controlar la importación, exportación, elaboración, almacenamiento, distribución, circulación, venta y uso o aplicación de las drogas estupefacientes y sustancias psicotrópicas, por lo que este organismo emite todas las resoluciones para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de Salud Pública. Ejemplo de estas resoluciones son:

- Resolución N.º 72 del MINSAP 12-3-90, que establece las regulaciones para el control de las sustancias psicotrópicas similares a las dictadas para las drogas estupefacientes, de conformidad con las disposiciones contenidas en el "Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971".
- La Resolución N.º 64 del MINSAP, sobre la prescripción y venta de sustancias psicotrópicas, el Recetario oficial de estupefacientes, la doble receta acompañada de método, la dosis diaria a consumir, el tiempo de tratamiento.

Por medio de la Comisión Nacional de Drogas se garantiza la adecuada coordinación nacional e internacional para la prevención del fenómeno de la droga en Cuba, y para cumplimentar los compromisos contraídos por el país con la ONU.

Cuba mantiene una posición vertical y de principios en el enfrentamiento del uso indebido de drogas dentro y fuera del país. Se trabaja para prevenir el tráfico y consumo internos sobre bases científicas, y se enfoca la problemática desde el punto de vista del trabajo social y con la familia. Para ello se tiene en cuenta que, para obtener resultados verdaderamente favorables, en esta lucha se deben involucrar los técnicos, los profesionales de la salud, la población en general, las organizaciones de masas y otros sectores como el Ministerio de Educación (MINED), el Ministerio de Educación Superior (MES), el Ministerio de Justicia (MINJUS) y el Ministerio del Interior (MININT).

El fenómeno de las drogas alcanza a todos sin excepción, bien de manera directa o de modo indirecto. En todas las clases sociales hay consumidores de drogas, no solo de las ilícitas o prohibidas, sino también de las que se pueden adquirir de forma libre en las farmacias y los hospitales o mediante otras formas de comercialización.

El diagnóstico medicolegal del consumo de drogas y el efecto que provocan (intoxicación aguda) son actuaciones que se asumen por el médico de asistencia, en el cuerpo de guardia o en el consultorio. Frecuentemente la autoridad competente solicita a los médicos de asistencia en el cuerpo de guardia un examen clínico y la expedición del Certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas, para investigar si una persona (por lo general asociada con algún acto violento, en la mayoría de los casos un hecho de tránsito) ha consumido bebidas alcohólicas y si se encuentra bajo sus efectos (intoxicación alcohólica aguda o estado de embriaguez).

El diagnóstico del consumo de drogas es extremadamente importante, tanto por su repercusión en la salud de las personas, como por su trascendencia en el orden jurídico. Por lo anterior, este tiene implicaciones en el campo de lo laboral, de lo civil y, sobre todo, en el campo de lo penal.

Definición de droga

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como droga o substancia psicotrópica a las substancias químicas, naturales o sintéticas con trofismo sobre la actividad mental, y que pueden ser utilizadas en la clínica o en la experimentación. Es la substancia que proporciona bienestar, estupor o euforia, y que origina dependencia y cambios en el comportamiento.

Las drogas tienen una extraordinaria importancia medicolegal, dada por la elevada delictogénesis, la repercusión sociosanitaria que generan, por la repercusión en la salud de las personas, por la trascendencia en el orden judicial, por las implicaciones en el campo laboral, en el campo civil y sobre todo en el campo de lo penal y por la asociación directa con la violencia.

Clasificación de las drogas

Según el origen de las drogas, estas se clasifican en:

- Drogas naturales: Son las que se derivan fundamentalmente de las plantas, como la adormidera, la coca, el cannabis (marihuana), el peyote y algunos hongos.
- Drogas sintéticas: Son sustitutos de cada una de las drogas naturales a las cuales se les ha extraído su componente principal y ha sido elaborado químicamente en el laboratorio.

De acuerdo con lo legislado, las drogas se clasifican en:

- Drogas lícitas (café, tabaco, cigarros y alcohol).
- Drogas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, entre otras).

Según el efecto fundamental que provocan, las drogas se denominan de la forma siguiente:

- Psicoanalépticas o estimulantes: Estos ocasionan euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, con sentimientos transitorios de omnipotencia y efímeras aptitudes audaces; por ejemplo: café, té, hojas de coca, metilfenidato, ice, anfetaminas y cocaína.
- Psicolépticas o depresores: Se consideran así a los que tienen una acción sedante; por ejemplo: narcóticos naturales y sintéticos, alcohol, hipnóticos y tranquilizantes.
- Psicodislépticas: Consisten en perturbadores del psiquismo o distorsionantes, psicodélicos o alucinógenos; por ejemplo: dietilamida del ácido lisérgico (LSD, por las siglas en inglés de su nomenclatura), la marihuana y sus derivados, la fenciclidina (polvo de ángel) y los hongos alucinógenos, que ocasionan trastornos del esquema corporal, metamorfosis y vivencias de tipo onírico, así como delirios.

Importancia medicolegal de las drogas

La escala de consumo de las drogas, que abarca desde el mínimo hasta el abuso y el consumo adictivo, ha dado lugar a diversas definiciones y redefiniciones de los síndromes que provocan, de necesario conocimiento para el médico de asistencia, entre estos: dependencia, habituación, toxicomanía, tolerancia, abstinencia.

Dependencia. Cuando existe una vinculación metabólica o conductual (o ambas) entre el consumo de una sustancia y la persona, de forma que esta no pueda prescindir de su consumo sin que aparezcan trastornos de la conducta y varios síntomas y signos clínicos que desaparecen con la administración de la sustancia. La dependencia puede ser:

- Física o biológica: Cuando existe un vínculo metabólico, si se suprime bruscamente la sustancia aparece síndrome de abstinencia.
- Psíquica: Cuando la vinculación con la sustancia es puramente conductual.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV), del año 1994 y publicado por la American Psychiatric Association (sistema internacionalmente más aceptado para el diagnóstico de las enfermedades mentales), se denomina dependencia de sustancias al síndrome global de la conducta que incluye las alteraciones relacionadas con la ingestión de una droga de abuso (con inclusión del alcohol), los efectos secundarios de los medicamentos y la exposición a tóxicos. Agrupa las sustancias que causan dependencia en 11 clases:

- Alcohol.
- Alucinógenos.
- Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.
- Cafeína.
- Marihuana.
- Cocaína.
- Fenciclidina.
- Inhalantes.
- Nicotina.
- Opioides.
- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Habituación. Solo deseo, no hay tendencia a aumentar las dosis, la dependencia es psíquica y el daño es al nivel individual.

Toxicomanía. Invencible deseo o compulsión de seguir consumiendo la droga y obtenerla por todos los medios, tendencia a aumentar las dosis para obtener el propósito deseado. Relación de dependencia psíquica y, por lo general, física respecto a los efectos de la droga, con síndrome de abstinencia. Efecto nocivo para el individuo y para la sociedad.

Tolerancia. Es la capacidad de soportar dosis cada vez mayores de una substancia sin que se verifiquen efectos tóxicos graves, es la reducción en la reacción al consumo repetitivo de la misma sustancia, después de administraciones repetidas, por lo que se requiere una dosis más alta para obtener el efecto antes logrado con una dosis

más baja. Existe tolerancia a una sustancia cuando se precisa de una dosis cada vez más elevada para obtener la misma respuesta inicial, por presentar una menor sensibilidad a la misma dosis de la droga. La aparición de este fenómeno depende de la naturaleza de la droga, la vía de administración y de las características individuales del consumidor.

Abstinencia. Síndrome que consiste en la existencia de determinados síntomas, principalmente fisiológicos y psicológicos, resultantes de la interrupción abrupta o la disminución acentuada del consumo de una sustancia.

El tema del consumo de drogas en los cubanos es aún muy controvertido, con grandes prejuicios, donde resulta difícil la confesión del consumo; aunque, algunas investigaciones han hallado que la obtención de placer o la vía hedónica de consumo es frecuente en sujetos disociales y en jóvenes procedentes de medios familiares económicamente holgados, que por error han sido habituados a la satisfacción excesiva de sus necesidades de recreación. Debe destacarse que este placer artificial que solo dura unos minutos, muchas veces se cambia por el sufrimiento del resto de la vida del consumidor y sus seres queridos en "un negocio realmente muy malo", donde se muestra la ingenuidad de las víctimas.

Conducta del médico de asistencia ante un paciente intoxicado

El médico de asistencia desempeña una función fundamental ante un paciente intoxicado, por lo que debe contar con todos los elementos para poder hacer un diagnóstico rápido y certero. En lo adelante, se desarrollará en este capítulo el estudio del cuadro clínico de las drogas que son de relativo interés práctico; dada la frecuencia con que las autoridades competentes requieren el diagnóstico medicolegal, y solicitan al médico de asistencia que examine a los supuestos intoxicados o adictos a las drogas como el alcohol etílico o etanol, el metanol, la marihuana y la cocaína.

¿Cuál debe ser la conducta del médico de asistencia ante un intoxicado?

- Brindar asistencia médica.
- Diagnosticar el consumo.
- Certificar el examen clínico practicado, teniendo en cuenta la importancia de describir los síntomas y signos que contribuyeron científicamente al diagnóstico, la fecha y la hora en que se realiza el examen y la buena técnica en caso de la toma de muestras biológicas (sangre y orina) para apoyar el diagnóstico clínico.

De gran importancia en el orden práctico para el médico de asistencia es el conocimiento de los servicios que ofrece en Cuba el Centro Nacional de Toxicología (CENATOX) que, durante las 24 h del día, brinda información especializada sobre toxicología clínica (urgencias, prevención, diagnóstico y tratamiento) por vía telefónica desde cualquier parte del país, de indiscutible utilidad para el médico de asistencia.

Diagnóstico y certificación del uso de drogas

Alcohol etílico o etanol

El alcohol es la sustancia química más utilizada por la humanidad. Casi todos los países del mundo poseen una bebida típica de la que se enorgullecen. Las bebidas alcohólicas contienen etanol (alcohol etílico). Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre bebidas producidas por fermentación alcohólica (vino, cerveza, hidromiel y sake), en las que el contenido de alcohol no supera los 18 o 20˚, y las producidas por destilación de más de 20˚, por lo general a partir de un producto de fermentación de más de 35˚ (licores y aguardientes). Existe una gran variedad de bebidas alcohólicas dispersas por el mundo, haciendo del alcohol la sustancia psicoactiva más popular del planeta.

Cuando el alcohol alcanza el cerebro, órgano abundantemente irrigado de sangre, afecta de manera progresiva las capacidades sensoriales, perceptivas, cognitivas y motoras, incluyendo el control muscular y el equilibrio del cuerpo. Estas características inherentes al alcohol, confieren gran interés medicolegal al consumo de bebidas alcohólicas por su asociación con la violencia.

Importancia medicolegal del alcoholismo agudo. El alcohol interfiere de forma negativa en todas las fases de la conducción. Es la investigación toxicológica más frecuente presente en controles de tránsito, investigaciones laborales y en casos de muertes violentas. Resultados de investigaciones en La Habana demuestran que se corrobora en uno de cada tres accidentes del tránsito mortales, en uno de cada cuatro accidentes, en uno de cada dos homicidios, en uno de cada cuatro suicidios, en asaltos sexuales (víctimas y victimarios), en riñas y lesiones, y asociado a cualquier violencia.

Desde el punto de vista jurídico, la ingestión de bebidas alcohólicas puede tener diferentes implicaciones en relación con el tránsito, puede ser causa eximente, atenuante o agravante de la responsabilidad penal, así como determinadas especificidades en el orden preventivo (cifras fronteras para los conductores de vehículos).

La ingestión de alcohol es directamente proporcional a los delitos relacionados con la violencia. Se ha comprobado que beber de manera esporádica y en grandes cantidades (bebedores de fin de semana) ocasiona problemas característicos, al margen de la cantidad ingerida finalmente. El alcohol potencia, a su vez, los efectos de la ira, la violencia y el descontrol de las emociones que puede llevar a actitudes criminales, problemas graves de convivencia familiar y provocar accidentes de tránsito, debido a conductas temerarias.

El cuadro clínico del alcoholismo agudo se puede dividir en tres fases:

- La primera caracterizada por una desinhibición inicial que da paso a un estado de alegría y de sensación de poder hacer denominada fase de excitación.
- Una segunda etapa caracterizada por la desinhibición total que impide la ejecución de determinadas acciones, lo que con frecuencia ocasiona frustraciones que se asocian a episodios violentos, denominada fase de violencia.

– Una tercera y última etapa caracterizada por la depresión del sistema nervioso con la consecuente relajación denominada fase de depresión.

Cada una de estas fases de la embriaguez o intoxicación alcohólica aguda suele representarse con un animal basado en el comportamiento que asume el intoxicado; así, la fase de excitación se representa con el mono, la fase de violencia con el león y la fase de depresión con el cerdo.

Las modernas y peligrosas formas del consumo de alcohol son las siguientes:

– Tampodka, *tampax on the rocks*: Almohadillas sanitarias impregnadas en Vodca o Whisky que se introducen en la vagina o en el ano.
– *Eyeballing*: Aplicación directa de alcohol en la mucosa de los ojos.
– *Oxy-shots*: Inhalación de alcohol en nebulizadores con oxígeno.

Principios del examen clínico para la certificación de la ingestión de bebidas alcohólicas. Debe ser realizado por un médico, facultativo que debe informar en el documento que certifica la actuación: Modelo 53-13-1 del MINSAP "certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas", siguiendo la guía para el examen físico a realizar (véase el Anexo 14.2 en el capítulo Documentos medicolegales).

Recomendaciones para la elaboración del certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas. Resulta de extraordinaria importancia seguir la guía para el examen físico que tiene al dorso el documento original con los aspectos siguientes:

– Aliento etílico: Será apreciado por el médico examinador al colocarse lateralmente y lo más cercano posible a la boca del examinado, indicándole a este que expire de forma lenta y mantenida durante algunos segundos.
– Euforia: Se valorará con cuidado porque, por lo general, no se conoce la personalidad del examinado.
– Locuacidad: Apreciar la calidad de la conversación del examinado.
– Disartria: Dificultad para hablar.
– Incoordinación motora de miembros superiores: Se explora mediante las pruebas "índice-índice" e "índice-nariz".
– Incoordinación motora de miembros inferiores: Se explora mediante la prueba "talón-rodilla" y comprobando el signo de Romberg (simple y sensibilizado).
– Marcha atáxica (en zigzag): Es expresión de una alteración de la coordinación, y se manifiesta por la tendencia a caerse hacia delante, atrás o a los lados.

Otros elementos a tener presente durante el examen físico para la certificación del estado alcohólico del examinado, por estar presente cuando hay ingestión de bebidas alcohólicas a la exploración, son: las maniobras manuales imprecisas, la disminución de la atención, el lenguaje tropeloso, la constatación de hipo, náuseas y vómitos, la lenta adaptación a la oscuridad, el nistagmo de rotación alargado, la sensibilidad corneal disminuida, la desorientación, el sueño constante y, en intoxicaciones profundas, el estado de coma y hasta la muerte.

Con el fundamento de todos los hallazgos durante el examen físico y en dependencia de los resultados que deben ser consignados de manera explícita (si, no, presente, ausente, positivo o negativo) y no dejar nunca espacios en blanco, finalmente el médico debe pronunciarse en relación a las posibles conclusiones marcando con una X en el espacio previsto, si ha ingerido o no bebidas alcohólicas y si se encuentra o no en estado de embriaguez. Termina con la firma del documento, con lo que se asume la responsabilidad de todo lo plasmado en el certificado.

En casos de solicitud de toma de muestra biológica (sangre, orina) para complementar el diagnóstico, es importante tener presente la responsabilidad del médico examinador y las recomendaciones para la toma correcta de la muestra. Si se va a tomar muestra de sangre, se recomienda que sea de una punción venosa superficial, en el antebrazo; además, se debe practicar la antisepsia con agua jabonosa y enjuague del área a puncionar, y no tomar de conexión en uso de venoclisis. Se debe usar siempre anticoagulante en el frasco, procurar el llenado total, tapa hermética y colocar todos los datos de identificación en el frasco. Importante garantizar la documentación relativa al traslado y manipulación de la muestra desde el lugar donde se obtiene hasta el laboratorio donde se va a analizar (Sistema de Cadena de Custodia).

Metanol

El metanol, alcohol metílico CH_3OH o "alcohol de madera", es un líquido incoloro e inflamable con olor y sabor igual al etanol, que se utiliza como disolvente en la preparación de lacas, tintes y curtidos de pieles. Por su gran similitud con el etanol, suele usarse de modo fraudulento en la fabricación clandestina de bebidas. Este alcohol metílico como tal no causa efecto tóxico en el organismo; pero, cuando es transformado por los sistemas enzimáticos hepáticos a formaldehído y ácido fórmico, se origina el efecto tóxico por la acción selectiva de este compuesto sobre el sistema nervioso. La vía más frecuente de intoxicación aguda es la vía oral.

Cuadro clínico. El inicio de los síntomas es entre 40 min y 72 h (por lo habitual entre 12 y 24 h). Después de un cuadro clínico de embriaguez, la ingestión simultánea de etanol retrasa el cuadro clínico. La intoxicación afecta el sistema nervioso central, los ojos y el tubo gastrointestinal, dando un cuadro de acidosis metabólica. La afectación se caracteriza por:

- Sistema nervioso central: Cefalea, náuseas, letargia, ataxia, estado de embriaguez, convulsiones, coma y edema cerebral.
- Afectación ocular: Visión imprecisa, disminución de la agudeza visual, fotofobia, midriasis y ceguera irreversible.
- Manifestaciones gastrointestinales: Náuseas, vómitos, dolor abdominal y pancreatitis aguda.
- Acidosis metabólica.

La ingestión de metanol debe considerarse siempre una intoxicación muy grave en la que deben tomarse precauciones extraordinarias.

Marihuana

La marihuana es la droga ilícita más consumida, asociada a la creencia errónea en la población de que es una droga "blanda", y que provoca menos efectos dañinos (incluso que el tabaco); además, por ser la droga de más fácil acceso por su precio más barato, y por no depender necesariamente de su importación, así como por el desconocimiento de que puede constituir el principio de una escalada hacia drogas más potentes (Fig. 5.1).

Fig. 5.1. Marihuana.

Los derivados de la Marihuana consisten en la picadura y el aceite de hachís (Fig. 5.2). Es menester señalar que en la actualidad se elaboran productos químicos sintéticos que simulan la marihuana, mucho más agresivos que los derivados de la planta, que reciben la denominación de cannabinoides sintéticos.

Fig. 5.2. A la izquierda, se observan los derivados de la picadura; a la derecha, recipiente con aceite de hachís.

El diagnóstico clínico de la intoxicación por marihuana se hace mediante los cuatro complejos clínicos descritos por el profesor cubano de Medicina Legal, Dr. Ignacio Fournier Ruiz, que agrupan los signos y síntomas propios del consumo a consecuencia de la acción de los cannabinoides, principio activo de la *Cannabis sativa*, nombre genérico de la planta. Estos complejos clínicos son:

- Complejo oculopalpebral: Midriasis, congestión conjuntival y blefarostenosis reaccional.
- Complejo neuropsíquico: Variable con la personalidad, influencia del momento del examen. Alucinaciones.
- Complejo rinobucofaríngeo: Consiste en sequedad de las mucosas (fosas nasales, de la boca y de la faringe), dificultad para escupir, aliento extraño (heno quemado).
- Complejo dinamolocomotor: Agitación motriz, firmeza de los movimientos.

Es de significar que, a diferencia de lo que se observa en la intoxicación alcohólica, aquí habrá firmeza en los movimientos y ausencia de ataxia, siendo muy característico la sequedad bucal y la dificultad para escupir, lo que permite distinguir el cuadro clínico de la intoxicación por *Cannabis* del alcoholismo agudo, a pesar de que en ambos casos se pueden observar la euforia y la agitación psicomotriz. No se debe olvidar el frecuente consumo simultáneo de la marihuana y de las bebidas alcohólicas, lo que hará más florido el cuadro clínico que podrá recordar el del esquizofrénico en crisis.

Cocaína

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas del arbusto (*Erythroxylon coca*) (Fig. 5.3), cultivado desde hace muchos años en América del Sur, primero usado en ritos religiosos y para impedir la aparición del cansancio, eliminando la sensación de hambre y de frío. Cuando fue aislado el alcaloide de las hojas de esta planta, se trató de emplearlo en el tratamiento de la morfinomanía, obteniéndose resultados desastrosos. El control mundial de la cocaína empezó en la Convención del opio, en 1921. Cuando surgió en el mercado clandestino la heroína hubo un retroceso de la cocaína, aunque con posterioridad su consumo aumentó.

En cuanto a los derivados, el crack es un derivado de la cocaína, y es extremadamente peligroso, por cuanto tiene efectos inmediatos muy intensos y provoca una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible abandonar su consumo una vez que se ha probado varias veces. Se trata de una pasta como porcelana que, cuando se tritura, asemeja escamas. Se fuma en forma de cigarrillos, pulverizado y mezclado con tabaco o marihuana, entre otros (Fig. 5.4). Hasta 1984 era bastante desconocido, año en que aparece en Nueva York, Los Ángeles y Miami, extendiéndose por EE. UU. y al resto del mundo. En la actualidad constituye un grave problema sociosanitario.

Fig. 5.3. Cocaína.

Fig. 5.4. Derivados de la Cocaína.

Portadores humanos de drogas

Son las personas que intentan enmascarar y esconder drogas ilegales para burlar el control de las autoridades aduaneras, ocultándolas en el cuerpo; por ejemplo, en el espacio gastrointestinal, adosada al cuerpo, en los genitales, en el recto o en otros espacios virtuales. Se denominan "*body packers*", "*body stuffers*", "mulas tragonas", "culeros", "camellos" o "correos de drogas". Estos portadores humanos de drogas transportan centenas de gramos de drogas, divididos en pequeñas bolsitas de látex (10 a 100 g). El contenido de una bolsa puede equivaler a dosis letales de cocaína o heroína, lo que asegura la muerte en caso de una ruptura (Fig. 5.5).

Fig. 5.5. Formas que utilizan los transportadores humanos de drogas para evadir las autoridades legales.

Aspectos éticos del diagnóstico del consumo de drogas

Las cuestiones bioéticas, éticas y deontológicas constituyen aspectos de gran importancia a tener en cuenta al proceder al diagnóstico del consumo de una sustancia de abuso. Los aspectos éticos del diagnóstico del consumo de drogas son:

- El secreto profesional y su relatividad.
- El carácter confidencial de la información por parte del equipo de salud.
- El consentimiento informado.
- El respeto a la vida privada del paciente.
- El derecho del paciente a conocer el resultado de los exámenes a él practicados.
- La no discriminación.

Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta en estrecho vínculo con los fines que persigue el diagnóstico del consumo de drogas, que es extremadamente importante como ya se ha insistido, tanto por su repercusión en la salud de las personas, como por su trascendencia en el orden jurídico generando implicaciones laborales, civiles y sobre todo penales.

Finalmente es menester señalar que estas cuestiones también constituyen aspectos de gran importancia a tener en cuenta cuando se procede al diagnóstico de si ha habido o no consumo de una sustancia tóxica.

Al informar sobre el diagnóstico positivo acerca del consumo de drogas, en dependencia de la finalidad de la prueba, pudiera estar exonerando a un culpable o condenando a un inocente, por lo que se requiere de absoluta seguridad al emitir conclusiones al respecto. No se trata de minimizar u ocultar resultados cuando objetiva y científicamente se puede afirmar que son positivos, sino de estar seguros de la veracidad y cientificidad de lo que se va a certificar.

Bibliografía

Apuba Nandy (2010). Forensic Medicine. India: Calcuta.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley de la Salud Pública. Ley N.º 41. 15 de agosto de 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Decreto Ley 139 Reglamento de la Ley de Salud. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; edición Ordinaria N.º 12. 22 agosto 1988.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2010). Ley N.º 109 Código de Seguridad Vial. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba; edición Ordinaria. N.º 40 17 septiembre 2010.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1999). Ley N.º 5/1977 Ley de Procedimiento Penal (actualizada). La Habana. Ministerio de Justicia.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Ley N.º 62/1988. Código Penal; edición actualizada concordada y comentada. La Habana: Editorial Félix Varela.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2011). Resolución N.º 28. Metodología a emplear en las unidades de salud para el diagnóstico de los efectos del alcohol. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; edición extraordinaria N.º 14. 15 marzo 2011.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2011). Resolución N.º 29. Metodología de procedimientos y pruebas a emplear para la detección de drogas tóxicas, sustancias alucinógenas, hipnóticas, estupefacientes u otros de efectos similares. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; edición extraordinaria N.º 14. 15 marzo 2011.

Colectivo de Autores (2002). *Atención a las Adicciones en la Comunidad*. Folleto del Ministerio de Salud Pública.

DSM-IV (s/a). *Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana* IV Revisión.

Fournier Ruiz, I. (1983). Preguntas y Respuestas. *Medicina Legal* (II Parte). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; pp. 316-22.

Gálvez Cabrera, E. (1988). "El alcohol como un factor causal en los accidentes del tránsito". Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Legal. La Habana: Instituto de Medicina Legal.

Gálvez Cabrera, E. (2004). Apuntes sobre Drogas de Abuso. En: http//www.uvirtual.sld.cu/wssc/slides

Gálvez Cabrera, E. (2006). Apuntes sobre violencia intrafamiliar. En: http//www.ucmh.sld.cu/uv/supercurs

Gálvez Cabrera, E. (2006). Alcohol etílico; Disponible en: http//www.sld.cu/uv/supercurso

Gálvez Cabrera, E. (2005). Bases legales de la actuación médica ante el uso de drogas ilícitas en Cuba. *Rev. Cubana Med Gen Integr*; 21(5-6).

Gálvez Cabrera, E. (2003). El modelo de certificado para el diagnóstico medicolegal del consumo de drogas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 1(5).

Gálvez Cabrera, E. (2005). Uso Indebido de Drogas en Estudiantes de 6.to año de Medicina. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. Volumen 4, N.o 5, nov.-dic.

Gisbert Calabuig, J.A. (2004). Medicina Legal y Toxicología. 6.ta ed. España: Editorial Masson.

González Marquetti, T., Gálvez Cabrera, E. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Rev. Cubana Med Gen Integr*; 21(5-6).

González Pérez, J., Montalvo Vidal, E., Gálvez Cabrera, E., Tamame Camargo, A., Basanta Montesinos, A.M., Ponce Zerquera, F. (2009). *Medicina Legal y Ética Médica*. [CD ROM] La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.

González, R. (2000). *Cómo enfrentar el peligro de las drogas*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

González, R. (s/a). *Clínica y terapéutica de las adicciones para el Médico General*. Ediciones San Luis. Argentina.

Milián, Y. Gálvez, E. (2005). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Rev cubana Med Gen Integr*; (5-6).

Milián Gálvez, E. (2006). Epidemiología del uso de drogas ilícitas en el municipio Plaza. *Rev cubana Med Gen Integr*; 22(1).

Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación Internacional de enfermedades y causas de muerte*. CIE-X1: 11.na edición.

Ponce Zerquera, F. *et al.* (1999). *Medicina Legal.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Reglamento General de Hospitales (2007). [Internet] [citado 2011 mar 14 Disponible en: http://files.sld.cu.urgencia/files/2012/07/rm_1_2007.pdf

Reimann, W. Prokop, O. (1987). *Vademécum de Medicina Legal para médicos, criminalistas y juristas.* La Habana: Editorial Científico Técnica.

República de Cuba (2008). Resolución N.o 135. Reglamento de Policlínicos. *Gaceta Oficial*; edición Ordinaria, 17 jun 2008.

Vargas Alvarado, E. (1980), *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses para médicos y abogados*. San José. Costa Rica: Lehmann Editores.

Capítulo 6

Sexología forense

Elisa Isabel Montalvo Vidal y Marta Eugenia Vázquez Ortiz

El médico general debe orientar a las personas de la comunidad cuando le plantean problemas relacionados con el sexo, ya que la familia es el primer grupo social al cual pertenece el ser humano, donde se adquieren los valores básicos acerca de la sexualidad. En ese primer grupo social se aprende qué es lo bueno y qué es lo malo, lo socialmente aceptable, los roles sexuales y los patrones culturales.

Cuando las relaciones sexuales originan conductas antijurídicas, porque se viola la libertad de las personas de ejercer su sexualidad de forma libre, surgen los delitos sexuales de los que se derivan problemas medicolegales. El médico debe presumir si se trata de un delito, orientar la conducta legal que pueden seguir los supuestos afectados, prestar asistencia médica cuando sea necesaria y, lo que es fundamental, tener en cuenta la prevención de la violencia sexual y la contribución a la rehabilitación física o psíquica (o ambas) de la víctima.

Desde el punto de vista ético y legal, el secreto profesional obliga al médico a no revelar lo que ha conocido respecto a los hechos y sus circunstancias, limitándose a informarlo solo a la autoridad correspondiente cuando lo solicite.

Aunque mayoritariamente la sexología forense trata cuestiones de carácter penal, también la actividad sexual humana se considera en otros ordenamientos jurídicos, como en el derecho constitucional, en el derecho civil, en lo administrativo y en lo laboral, pues de la actividad sexual surgen los problemas medicolegales relativos a la procreación y el producto de la concepción.

Aspectos medicolegales de los delitos sexuales

En caso de sospecha de un delito sexual, el médico debe atender a las víctimas en los casos que esto sea necesario por daños físicos o a la salud y orientar a estas o a sus familiares cómo y dónde hacer la denuncia de lo ocurrido.

Orientar es informar a los afectados que pudiera tratarse de un delito sexual, que, por ser delitos privados, se denuncian por interés de las partes afectadas y no por el médico de asistencia (como sucede con los delitos de lesiones y el homicidio). Por tanto, solo

ellos pueden formalizar una denuncia ante la autoridad competente en una unidad de la Policía Nacional Revolucionaria (PNR), que será la autoridad encargada de enviar la víctima a Medicina Legal.

F. Lancís y Sánchez, reconoce los delitos sexuales de la forma siguiente. Son figuras delictivas "que reconocen en su génesis el instinto sexual, o expresan actos libidinosos, lascivos, lujuriosos u obscenos que traducen una actividad sexual y una satisfacción erótica".

Delitos sexuales de mayor interés medicolegal

Entre los delitos sexuales de mayor interés medicolegal se encuentran:

- La violación.
- La pederastia con violencia.
- Los abusos lascivos.
- El estupro.

Violación

En el artículo 298 del Código Penal de la República de Cuba, se recoge que la violación es el acceso carnal con una mujer, sea por vía normal o contranatura, cuando el culpable use fuerza o intimidación suficiente para conseguir su propósito, o la víctima se halle en estado de enajenación mental o de trastorno mental transitorio, o privada de razón o de sentido por cualquier causa, o incapacitada para resistir, o carente de la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta, o siempre que la víctima sea menor de 12 años de edad. Cuando la víctima es una menor de 12 años de edad, o por el hecho resulta lesionada o con enfermedad grave, el victimario recibe una sanción mayor.

Se debe significar que en la legislación penal cubana la violación es heterosexual, siendo el sujeto activo una persona del sexo masculino y el sujeto pasivo una persona del sexo femenino. Las circunstancias en que se produce el acto son las que lo hacen ser prohibido por la ley.

El legislador emplea los términos "vía normal" para referirse al coito efectuado por vía vaginal y "contranatura" como la cópula por el ano. Uno u otro vocablo se relacionan con el funcionamiento de los órganos sexuales humanos y no con el comportamiento que la sociedad considera como normal.

Cuando la víctima ofrece resistencia o el victimario trata de inmovilizarla, acallarla o la magulla para disminuir su fuerza o si la lesiona por la violencia del acto en sí, se manifiesta la violación con violencia física; de lo contrario, en ausencia de lesiones, si concurren alguna(s) del resto de las circunstancias reflejadas en el Código Penal, se integraría la violación sin violencia física.

Pederastia con violencia

En el artículo 299 del Código Penal cubano se consigna que la pederastia con violencia es el acto de pederastia activa (coito anal), empleando violencia o intimidación, o aprovechando de que la víctima esté privada de razón o de sentido o incapacitada para resistir, o siempre que la víctima sea menor de 14 años de edad, aun cuando no concurran en el hecho las circunstancias previstas anteriormente.

Si como consecuencia del hecho, la víctima resulta lesionada o con enfermedad grave, el victimario recibe una sanción mayor.

El delito de pederastia con violencia, según la legislación penal cubana, se constituye siendo el sujeto tanto activo como pasivo una persona del sexo masculino. El que ejecuta el acto, es pederasta activo y el que lo tolera en su cuerpo es pederasta pasivo.

Abusos lascivos

En el artículo 300 del Código Penal cubano aparece el delito de abusos lascivos, como aquel que es cometido por quien, sin ánimo de acceso carnal, abuse lascivamente de una persona de uno u otro sexo, cuando el autor utiliza fuerza o intimidación suficientes para conseguir su propósito, o cuando la víctima se encuentra en estado de enajenación mental o de trastorno mental transitorio, o privada de razón o de sentido por cualquier causa, o incapacitada para resistir, o carente de la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta, o siempre que la víctima sea menor de 12 años de edad.

En este caso, el autor no posee el ánimo de acceso carnal, o sea, no tiene la intención y no realiza el coito con la víctima, sino que procura la satisfacción del deseo sexual (libido) de muy diversos modos, por medio de cualquier maniobra o evolución erótica. Unas veces se utilizan besos, otras se producen tocamientos digitales, bucales o peneanos en diversas zonas del cuerpo, que se califican como maniobras abusivas debido a las circunstancias en que se producen, fundamentalmente porque las víctimas no dan su consentimiento o su consentimiento no es válido.

En este delito, víctima y victimario pueden ser tanto del sexo femenino como masculino; además, los hechos que pueden dar lugar a la integración del delito de abusos lascivos son extraordinariamente variados y numerosos.

Estupro

En el artículo 305 del Código Penal cubano Capítulo II, delitos contra el normal desarrollo de la familia, señala que el estupro es cometido por quien tenga relación sexual con mujer soltera mayor de 12 años y menor de 16, empleando abuso de autoridad o engaño. El autor siempre es del sexo masculino y la víctima del sexo femenino.

Actuación del médico general ante víctimas de delitos sexuales

Todo lo explicado antes permite que el médico general identifique los delitos sexuales que ocurren con mayor frecuencia, y la conducta que debe tomar ante estos será la siguiente:

- Prestar la asistencia médica necesaria cuando el estado clínico de la persona lo demande y orientar cómo hacer la denuncia ante la autoridad competente.
- Escribir en la historia clínica tanto los hallazgos del examen físico que se realizó para diagnosticar las lesiones, como las indicaciones médicas. Estos datos son importantes para que después la autoridad competente pueda instruir el delito que corresponda, sin que la atención médica y el tratamiento interfieran, sino todo lo contrario, siendo muy valiosa esta contribución para establecer si existió peligro inminente para la vida de la víctima por las lesiones recibidas.
- Contribuir a la investigación judicial, conservando los indicios que pudieran estar presentes, o sea orientar a las supuestas víctimas o familiares que no debe asearse, debe conservar el vestuario y no alterar el lugar del hecho, ya que pueden existir manchas de sangre, semen, saliva, vellos y pelos u otras fibras, e inclusive material del lugar, como tierra, arena, gravilla, yerbas, útiles para la demostración del delito.
- La contribución a la rehabilitación física o psíquica (o ambas) de la víctima, una vez realizado el correspondiente examen medicolegal, puede incluir la realización de estudios complementarios para el diagnóstico de certeza del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el área de salud.
- También debe apoyar a los médicos legistas en la interpretación de los resultados de los exámenes complementarios y el diagnóstico de estados clínicos asociados al hecho que se investiga judicialmente, y atender después la rehabilitación de la víctima (lesiones, secuelas físicas y psíquicas) y la familia en el equipo básico de salud.

La contribución más importante del médico de la atención primaria de salud es la prevención de la violencia sexual, porque puede llegar a constituir algunos de estos delitos, siendo fundamental la promoción de hábitos de vida saludable en la comunidad.

Entre los errores más frecuentes en la práctica del médico asistencial, ante estos hechos, están que se examinan menores llevados por sus familiares al consultorio (CMF), y se comenta con el familiar los supuestos hallazgos, otras veces se envían directamente al servicio de Medicina Legal, sin orientar que se debe acudir a la PNR a realizar la denuncia.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (2014). Ley N.º 116 Código del Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Extraordinaria de17 de junio de 2014; La Habana.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1989). Ley N.º 59 *Código Civil.* Revisado https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/codigo%20civil%20lib1.html.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1987). Ley N.º 7 - Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico. Disponible en: http://www.cubalegalinfo.com/lpcale-indice

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley 105 de 2009 o Ley de Seguridad Social. La Habana *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria. 15 agosto 1983. Disponible en: www.gacetaoficial.cu

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria N.º 12. 22 febrero 1988.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1998). Ley N.º 62 Código Penal, edición actualizada, concordada y comentada. Editorial Félix Varela.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1999). Ley 05 de Procedimiento Penal, Julio 1999. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/ippenal.html

Colectivo de autores (1984). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*, edición Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico Técnica, p. 382.

Colectivo de autores (1999). *Medicina Legal*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Lancís y Sánchez, F., Fournier, I., Ponce, F., González, J., Valdés, L., Pons, M. (1981). 52,94. Desconocido. 103. 47,91. 23. 18,25. 5. 19,23. 0. 0,00. 131. 35,03. http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/866/761

Ministerio de Salud Pública (1982). Resolución N.º 139 de 1982. Sobre Certificado de Asistencia Médica de Primera Intención de un Lesionado.

República de Cuba (2017). Gaceta Oficial extraordinaria Nº 7, 2017. Decreto Ley N.º 339 y 340 "de la maternidad de la trabajadora",Capítulo I.

Capítulo 7

Obstetricia medicolegal

Elisa Isabel Montalvo Vidal y Marta Eugenia Vázquez Ortiz

La palabra obstetricia proviene del latín *obsto*, que significa estar de pie y *obstetrix*, que es igual a partera. Forma parte del contenido de la Medicina Legal, cuando se estudian las cuestiones legales relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, además del aborto ilícito y las cuestiones referentes al estudio medicolegal del producto humano de la concepción hallado muerto.

Embarazo

El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento del producto, durante el cual ocurre su desarrollo. Tiene un tiempo de duración aproximado de 280 días o 9 meses. A veces es necesario establecer si una mujer está embarazada, por las consecuencias jurídicas tanto para ella, como en relación con los derechos de la futura persona.

Diagnóstico medicolegal del embarazo e importancia en las distintas esferas del derecho

Diagnóstico medicolegal en el derecho penal. Este diagnóstico es importante porque:

- Elimina la sospecha de aborto ilícito, si la mujer está en estado de gestación.
- Descarta la suposición de parto reciente y de la muerte del recién nacido, porque la mujer aún está en estado de gestación o porque no lo estuvo nunca, o ratifica lo contrario.
- El embarazo puede constituir un elemento de presunción de una supuesta violación o estupro, aunque no determina la ocurrencia de esos delitos.

Diagnóstico medicolegal en el derecho civil. Este diagnóstico, también denominado de certeza, se necesita para obtener dispensa para contraer matrimonio antes de los 300 días del divorcio anterior o viudez, ya que, si el diagnóstico es positivo, hay que definir la paternidad legalmente de acuerdo al artículo 6 del Código de Familia.

Diagnóstico medicolegal en el derecho laboral. Es fundamental, por los beneficios que brinda la Seguridad Social mediante el Decreto-Ley 234/2003 de la Maternidad de la Trabajadora.

El diagnóstico de embarazo puede ser de probabilidad y de certeza:

Diagnóstico de probabilidad:

- Aumento de volumen del abdomen y del útero.
- Aumento de volumen de las mamas y presencia de secreción láctea.
- Línea morena.
- Estrías abdominales.
- Amenorrea.
- Náuseas, vómitos, polaquiuria, entre otros.
- Test de embarazo (alta probabilidad).

Diagnóstico de certeza: Es el de interés medicolegal:

- Movimientos activos del feto.
- Peloteo fetal.
- Latidos cardiacos fetales.
- Esqueleto fetal visto en rayos X abdominal.
- Saco embrionario y feto comprobado en ultrasonografía de útero.

El diagnóstico del embarazo se acredita por el médico asistencial mediante el certificado médico; modelo 53-63 del MINSAP. El médico de la comunidad debe tener dispensarizadas las mujeres en edad fértil, lo que puede ser útil cuando el diagnóstico del parto y el puerperio son de interés judicial.

Parto, simulación y disimulación

El parto es la expulsión o extracción por las vías naturales del feto a término o viable. Si el producto de la concepción no reúne una de estas últimas condiciones, se dice que se trata de un aborto. Ello es importante ante la simulación o disimulación.

En Cuba es muy rara la simulación del parto, pero aparecía en el derogado Código de Defensa Social como el delito de "suposición de parto" cuando se deseaba fabricar un heredero, lo que requiere el diagnóstico del parto reciente. Si la mujer se encuentra en la comunidad, la actuación medicolegal del médico asistencial es contribuir a la preservación del lugar del suceso que posteriormente debe investigar la autoridad competente.

La disimulación de un parto por lo general ocurre para rehuir la responsabilidad del asesinato de un recién nacido, por lo que se debe hacer el diagnóstico del parto reciente y la determinación del tiempo transcurrido después de este. Habitualmente fue precedida de la disimulación del embarazo y, por esto, el médico de asistencia puede aportar información acerca de las posibles mujeres que en el área de salud puedan estar en esa situación.

Puerperio

El puerperio es el periodo comprendido entre la fecha del parto y el retorno a la normalidad, o involución, de los órganos sexuales femeninos. Los signos de parto reciente presentes en el puerperio son:

- Pulso blando y frecuente.
- Vientre flácido y con vergetures violáceas.
- Útero globuloso (se debe precisar su altura).
- Desgarros, erosiones, tumefacción, cúmulos sanguíneos y loquios en genitales externos, vagina y en el periné.

La involución del útero se manifiesta de la manera siguiente:

- Inmediatamente después del alumbramiento, al nivel del ombligo.
- A los 6 días, a la mitad entre el ombligo y la sínfisis del pubis.
- A los 10 días, al nivel de la sínfisis del pubis.
- A los 12 días, por detrás del pubis.
- A los 40 días, ya tiene su forma habitual.

La involución del cuello del útero se comporta de la manera siguiente:

- De 4 a 5 días, el "hocico de tenca" se muestra tumefacto, blando y desgarrado, y el conducto cervical admite la introducción de uno o dos dedos.
- A la semana, solo permite la introducción de un dedo.
- A las 2 semanas, se cierra por completo.

Los signos de parto antiguo pueden ser más datos en la identidad de una supuesta madre; algunos de estos son:

- Hiatos de la vulva más ensanchado y por lo general con la cicatriz de la episiotomía.
- Carúnculas mirtiformes.
- Cuello uterino en forma de "hocico de tenca", con un orificio lineal o a veces desgarrado, a diferencia del puntiforme de la nulípara.

Aborto y aborto ilícito

Desde el punto de vista obstétrico, el aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de las 22 semanas o con un peso menor de 500 g. Desde el punto de vista medicolegal, es la muerte intencional del producto de la fecundación, provocada en cualquier momento del embarazo, con o sin expulsión de dicho producto fuera del claustro materno.

El aborto ilícito constituye un delito contra la vida en las circunstancias siguientes: Cuando se realiza fuera de las regulaciones de salud establecidas para el aborto, con o sin autorización de la grávida; se cause el aborto de esta o se destruya de cualquier manera el embrión. Artículo 267.1 del Código Penal.

Aspectos importantes del aborto ilícito

El aborto ilícito se agrava en determinadas circunstancias, estas son:

- Cuando se comete por lucro.
- Cuando se realiza fuera de las instituciones oficiales.
- Cuando se realiza por una persona que no es médico.
- Cuando, aunque no se ejerza violencia ni fuerza contra la grávida, se hace sin su consentimiento.
- Cuando el victimario ejerce fuerza o violencia en la persona de la grávida.
- Cuando además de la violencia o fuerza hay lucro, se hace fuera de instituciones oficiales o se hace por una persona que no es médico.
- La gravedad mayor la constituye la muerte de la grávida.

El aborto ilícito se puede provocar utilizando diversos métodos, entre estos:

- Mediante el empleo de sustancias abortivas que ocasionan un cuadro clínico general de intoxicación.
- Maniobras abortivas que son los procedimientos más eficaces y generan la mayoría de las complicaciones que conllevan intervenciones judiciales. Pueden ser:
  - Acción directa sobre la vagina y la superficie del cuello uterino; por ejemplo, la cauterización.
  - Acción sobre el conducto cervical; por ejemplo, la dilatación.
  - Acción directa sobre el huevo y las membranas; por ejemplo, el curetaje y la aspiración.

Las complicaciones del aborto ilícito (más frecuentes) son:

- Embolismos.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- *Shock* anestésico.
- *Shock* neurogénico.
- Perforación.

Conducta del médico ante la presunción de un aborto ilícito

El médico, ante la presunción de un aborto ilícito, debe tener presente que el examen físico de la mujer víctima del aborto ilícito puede realizarse en vida o cadáver. La primera situación, estando en la comunidad, se puede sospechar si existe hemorragia uterina, eliminación de restos de placenta y eliminación de otros componentes del saco embrionario.

En el cadáver, el diagnóstico es más fácil porque se pueden examinar directamente, macro- y microscópicamente, los órganos de la gestación y observarse dentro de la cavidad sondas, medicamentos, partículas vegetales, entre otras, o las complicaciones de las maniobras, como las perforaciones.

Las actuaciones medicolegales, en caso de aborto ilícito, son las siguientes:

- Descartar que se trate de un aborto espontáneo (causas maternas, fetales o ambas).

- Examinar a la mujer buscando signos en los genitales, tales como perforaciones en la vagina o del cuello, fondo o pared posterior del útero, con complicaciones.
- Conservación del producto de la concepción, instrumentos (sonda metálica y cureta) y sustancias hallados en la vagina, en el útero, la cavidad abdominal o en el lugar, para que se puedan establecer las pruebas del aborto en las membranas, el embrión o el feto y las lesiones que provocan.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (2014). Ley N.º 116 Código del Trabajo. La Habana Gaceta Oficial de la República de Cuba, edición Extraordinaria de17 de junio de 2014.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1989). Ley N.º 59 Código Civil. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/codigo%20civil%20lib1.html.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1998). Ley N.º 62 Código Penal, edición actualizada, concordada y comentada. Editorial Félix Varela.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria N.º 12.22 febrero 1988.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009). Ley 105 de 2009 o Ley de Seguridad Social. La Habana *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1977). Ley N.º 7 - Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico Revisado en: http://www.cubalegalinfo.com/lpcale-indice

Asamblea Nacional del Poder Popular (1999). Ley 05 de Procedimiento Penal. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/ippenal.html

Colectivo de autores (1999). *Medicina legal*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Colectivo de autores (1984). *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, edición Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico Técnica; p. 382.

Ministerio de Salud Pública (1982). Resolución N.º 139 de 1982. Sobre Certificado de Asistencia Médica de Primera Intención de un Lesionado.

Ministerio de Salud Pública (1989). Resolución N.º 176 de 1989 sobre los Certificados Médicos.

República de Cuba (2017). Gaceta Oficial extraordinaria N.º 7, Decreto Ley N.º 339 y 340 "de la maternidad de la trabajadora" Capítulo I.

Capítulo 8

Psiquiatría forense

Ernesto Pérez González

El profesor Lancís (1970) definió a la psiquiatría forense, de forma concisa, como: "la rama de la medicina legal que estudia las cuestiones legales que surgen como consecuencia de los diversos estados de anormalidad psíquica." Pérez define lo siguiente:

> La psicopatología forense o psiquiatría forense, ya que ambos términos son sinónimos (Lancís, 1976), es una actividad pericial que tiene por objetivo auxiliar al Derecho en el esclarecimiento del estado de salud mental de una persona de interés en un proceso judicial, civil o penal, según las normas establecidas para la solicitud y respuesta de pericias forenses (Pérez, 2018a).
>
> Los peritajes en este campo se dirigen, por tanto, a dar respuesta a cuestiones relativas a en qué grado el estado mental de una persona particular, en un momento o periodo también específico de interés a un proceso judicial, puede –o no– estar afectado o haber estado afectado, por una enfermedad mental, de forma que pueda –o no– aplicársele una fórmula que en la ley contemple tratamientos diferenciados o tutelas para personas que sufran de un estado mental anómalo (Pérez, 2005).

Psicopatología medicolegal

En consecuencia de lo expuesto en párrafos anteriores, según las leyes penales –las dirigidas a la respuesta social a los delitos–, civiles –las dirigidas a registrar, regular y decidir sobre actos de las personas que obran en los ámbitos familiar, administrativo, patrimonial y similares– o laborales, hagan referencia a estados de anormalidad psicológica que trasciendan a enfermedad mental de su interés, así se identifican los objetivos de las pericias psiquiátricas o "tareas" forenses (Pérez, 2005) a cumplir en este campo. En las legislaciones de todos los países, incluyendo Cuba, existen estas llamadas "fórmulas" (Torío, 1983) o referencias a tales "diversos estados de anormalidad psíquica" (Lancis, 1970), aunque cada una de estas puede emplear formas propias de categorizarlas, distintas a la terminología psiquiátrica.

Las fórmulas que pueden aparecer con más frecuencia en las leyes penales y civiles de un país y determinar pericias psiquiátricas son las siguientes:

- Penales:
  - Del acusado: Con objetivo en su posible inimputabilidad o a su competencia mental para ser juzgado; y sobre su peligrosidad posdelictiva, si fuera inimputable.

  - Del recluso: Para establecer si le han aparecido trastornos mentales tan importantes que impiden mantenerlo en prisión.
  - De la víctima: Para establecer su estado mental al sufrir el delito o si a consecuencia de este sufrió trastornos mentales graves, ya sea por su intensidad o por ser permanentes y constituir secuela psíquica.
  - Del testigo: Para establecer si es psíquicamente apto para declarar.
  - De personas con peligrosidad predelictiva, para establecer si esta depende de trastornos mentales, incluyendo adicciones.
- Civiles:
  - De personas con presunta afectación o restricción de su capacidad civil.
  - De personas que desean efectuar actos, tales como testar, casarse y similares, pero pudieran no estar mentalmente aptos para ello.
  - Otros.

En ocasiones, pueden solicitarse pericias sobre aspectos muy puntuales, como el análisis de la confiabilidad del testimonio en víctimas o testigos infantiles de delitos ocultos (Pérez, 2008a).

Las pericias sobre el estado mental de personas son de alta complejidad, lo que determina que se realicen en el contexto de equipos interdisciplinarios en los que confluyen especialistas en psiquiatría; pero, también, médicos legistas, psicólogos, neurofisiólogos y otros. Todos ellos preparados para obtener y aportar información útil que puede provenir de cualquier campo del saber que confluya en la investigación judicial, incluyendo la propia investigación policial, la criminalística y otras pericias médicas; ya que, será importante, todo lo que refleje, de forma confiable, la conducta del sujeto a peritar en el periodo de interés procesal, dada la regla general de que la conducta es el reflejo directo de su subjetividad y los eventuales trastornos en esta, de haber existido, tienen que haberse manifestado en esa conducta, cuyas peculiaridades son establecidas por la investigación judicial toda (Pérez, 2018a).

Por ello, para la realización de un peritaje psiquiátrico útil, en cualquier caso, siempre será necesario que el jurista que lo solicita aporte de forma clara a los peritos, al designarlos, el objetivo de este, en especial qué razones hacen dudar de que el estado mental de la persona sea o haya sido anormal; ya que, solo ante esas dudas, es que se practican las pericias y se las direcciona. Además, toda la información procesal existente que refleje, directa o indirectamente, la conducta del sujeto en el periodo de interés al proceso y que será el material principal que los peritos analizarán, cual material anamnéstico, mediante la aplicación del método científico de razonamiento médico: el método clínico (Moreno, 2012; Pérez, 2018a). También emplearán lo obtenido del examen psiquiátrico directo y actual que hagan de la persona y otros antecedentes patológicos (Pérez, 2018a), en ocasiones aportados desde la atención primaria. Tendrá un valor especial toda la información proveniente de la escena del crimen, hasta para decidir, desde elementos objetivos, no solo psicopatológicos, la diferencia entre suicidios, accidentes y homicidios (Mohandie y Meloy, 2000; Kvitko, 2006; García, 2016).

Los peritos que establecen el estado mental de personas para la justicia, también deben guiarse de forma estricta por los requisitos establecidos en las clasificaciones diagnósticas vigentes, tal como la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el Glosario Cubano (Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1983); pero, una vez establecido y justificado un diagnóstico, tendrán, además, que interpretarlo en su informe pericial, escrito preliminar o verbal en el acto de juicio oral, estableciendo sus equivalencias con los términos que aparecen en la Ley para referirse a los estados psíquicos anormales, diferentes a los de la psiquiatría, única forma en que sus resultados pueden ser entendidos y aplicados por los operarios judiciales que demandaron su auxilio pericial (Daniel, 1948).

Los conflictos determinados por tales diferencias en la forma de categorizar a la enfermedad mental, han sido durante años el punto de mayor dificultad entre juristas y peritos psiquiatras, dado que el Derecho utiliza sus términos y la psiquiatría los suyos (Calcedo, 1982); pero, en el caso de Cuba, en que por ley la actividad médico forense en general y, dentro de esta, la psiquiátrica forense, está regulada, organizada y controlada desde el Ministerio de Salud Pública, este conflicto quedó bastante atrás, cuando entró en vigencia una resolución de dicho ministerio (Resolución N.º 100 del 7 de abril de 2008, Ministerio de Salud Pública), en la que no solo se establecen de forma categórica para todo el país los aspectos organizativos de la actividad psiquiátrica forense, sino también los protocolos de actuación pericial y los criterios generales para homologar las fórmulas jurídicas con las categorías psiquiátricas. Los peritos aplicarán a cada caso su criterio profesional independiente, pero deberán proceder metodológicamente según la citada resolución, así como tomarla como referencia interpretativa, pues esta se fundamenta en lo practicado, investigado, publicado y reconocido académicamente en Cuba en este campo en las últimas décadas.

Un médico de asistencia, incluyendo el de nivel primario, en cualquier país, debe atender a personas interesadas en plantear dudas razonables ante la ley sobre el estado mental de un sujeto, acusado o víctima de un delito, pudieran solicitarle que emita documentos que reflejen si este ha sido atendido por trastornos mentales, para con ellos promover pericias sobre su salud mental. En estas situaciones, en primer lugar, el documento que se emita –el que ya no podrá ser un certificado de primera intención, tanto por no tratarse de ese momento asistencial como tampoco de lesiones propiamente dichas– debe estar amparado por una historia clínica previa; así como, limitarse al contenido de esta, sin derivar hacia interpretaciones que solo competen a un perito designado, y confeccionarse según lo establecido para resumirla. En segundo lugar, debe observarse el principio ético de confidencialidad, de suerte que no a cualquier persona se le entregue información médica de otra; aunque, de tratarse de un caso penal y de solicitarlo formalmente la autoridad competente (el Instructor policial, el Fiscal o directamente el Juez, no así otro abogado, que de desearlo deberá solicitarlo por medio de aquellos) se estará obligado a entregar a esta. Una buena práctica sería la de que cuando un médico involucrado en asuntos de salud mental de alguien, recibe de personas la solicitud de

emitir este tipo de documentos, insistimos que, tanto en el caso de acusados como de víctimas, les oriente dirigirse a la autoridad competente para que esta los solicite en la forma legal establecida, a excepción de tratarse del inicio de un proceso de incapacidad civil, que se tratará más adelante.

Psicopatología en el terreno penal

La ley penal de cualquier país contiene fórmulas para proteger a personas afectadas por trastornos mentales trascendentes, psíquicamente invalidantes (Pérez, 2018b). A veces esa protección se dirige a considerar como delito a determinados actos contra personas mentalmente indefensas, cuando se las victimiza sacando provecho de su estado de indefensión psíquica; por ejemplo, cuando se considera que ocurrió violación si una retrasada mental severa –o una psicótica– es llevada a actividad sexual, aun si no se ejerce sobre ella fuerza física o amenazas; o cuando un anciano demente es abandonado por su familia a riesgo de que muera y se tipifica un delito de abandono a desvalido o incapacitado, como puede verse en los artículos 298.1.b y 275 del Código Penal Cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987). Debe observarse que no se trata de que si una persona sufre cualquier trastorno ya sería protegida o tutelada desde el punto de vista penal de esta forma, sino solo lo sería si su trastorno, permanente o transitorio, es tan incapacitante que le impidió defenderse, valerse por sí misma o decidir atendiendo a sus reales intereses y necesidades (Pérez, 2006). Para establecerlo, la autoridad penal convocará a peritos en la materia, cuya respuesta será la más importante en este campo, pues de esta depende que se considere si hubo o no el delito que se sustentará en determinado grado, no en cualquier grado, de anomalía psíquica de la víctima (Pérez, 2018a).

También, con relación a víctimas, es universal que las leyes penales de los distintos países agraven delitos cometidos contra personas, si estas, con posterioridad y a consecuencia indudable de estos, presentaron trastornos graves en su salud mental. El calificativo de grave puede asignarse por dos indicadores: el primero, por tratarse de un trastorno psicótico u otro que cumple los requisitos de clasificación diagnóstica para ese calificativo, sean o no permanentes; el segundo, posible en el caso especial de los delitos de lesiones u otros en los que ocurren estas adicionalmente, porque hayan quedado secuelas psíquicas (trastornos mentales que tienen de manera inequívoca su causa en el delito, trascienden a un diagnóstico y sean siempre de pronóstico evolutivo crónico, sin que tengan que ser graves o psicóticos). De la respuesta pericial dependerá que se aplique o no estas agravantes, fundamentadas en determinado grado, no en cualquier grado, de afectación psicológica por el delito en la víctima (Pérez, 2011).

Debe captarse que se trata de dos formas de afectación a la salud, mental en lo que ocupa a este capítulo, por las que la repercusión del delito en la víctima resulta agravante: enfermedad grave o lesiones graves, la primera como daño a la salud en general y la segunda a partir de lo que penalmente se describe como “lesiones corporales”, es decir,

específicamente la consecuencia corporal de un agente vulnerante empleado en una agresión.

Se ilustran estos principios que aparecen reflejados en el Código Penal de cualquier país, con algunos ejemplos del Código Penal cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987): en delitos como la "violación" (artículo 298, inciso b), "Pederastia con violencia" (artículo 299.2.b), "abusos lascivos" (artículo 300.3 la pena a imponer al autor se incrementa hasta la más alta sanción prevista en el código, si la víctima, a consecuencia de uno de esos delitos, sufre de "lesiones o enfermedad grave" (obsérvese cómo se separan dos posibilidades: enfermedad o lesión, ambas graves); el "robo con violencia" (artículo 327.5.b) se agrava si la persona asaltada sufre además "lesiones graves"; y el delito de "lesiones" (272.1 y 274) abarca también ambas posibilidades: "lesiones corporales graves o dañe gravemente la salud", las primeras por vías de secuela psíquica, entre otras. Estos ejemplos muestran también cómo el médico que aplica su ciencia en auxilio del Derecho debe ser capaz de interpretar la terminología propia de este y de equipararla a la médica.

En los casos de víctimas se repite la posibilidad de que médicos de asistencia aporten información de la atención que han dado o promovido y que reciban estas; en cuyo caso, se debe reiterar, si la autoridad actuante les solicita información, deben limitarse a describir los aspectos clínicos y evolutivos del trastorno psíquico tratado, sin incluir interpretaciones o recomendaciones que competen al perito, aunque siempre que sigan los criterios clasificatorios de los trastornos mentales, sí pudieran calificarlos en el sentido de si fueron ligeros, moderados o graves, pero sin omitir los elementos clínicos que justifican tal calificativo. En el caso en que en el cuadro clínico de la víctima hayan estado presentes signos de nivel cualitativo, justificativos de ubicarlo como de nivel psicótico, estos también deben ser descritos de manera detallada.

Eximentes y atenuantes de la responsabilidad penal

Otra forma de protección al enfermo mental, involucrado en una causa penal (Torio, 1983; Pérez, 2018b), es la de establecer "eximentes" para analizar, de forma diferenciada, al enfermo mental que, a consecuencia de su trastorno, ha cometido un delito. Igualmente, todos los códigos penales las contienen.

Los códigos penales establecen qué conductas serán delitos en un país (Pérez, 2015). También aspectos que, de concurrir en las circunstancias o en las personas involucradas, serán tomadas como agravantes, atenuantes o eximentes de la responsabilidad penal, de suerte que disminuyen o incrementan la pena prevista para imponer por ese delito; o excluyen de su imposición (Grillo, 1988; Roxin, 1997; Quiros, 1999). Ya se mencionaron circunstancias que sustentan una agravante de delitos por afectar la salud mental de la víctima.

Las eximentes son circunstancias que excluyen la responsabilidad penal de quien comete un acto considerable como delito (Blanco, 2000). Se trata, por ejemplo, de cometer una agresión en legítima defensa, es decir, cuando la propia ley justifica a quien agrede

a otra persona para evitar que esta, en ese mismo momento y de manera a su vez ilícita y sin haberla provocado, dañe su integridad física. También el error justifica a un acto delictivo, que es tratado en otro capítulo de este libro por ser el sustento del llamado error médico, que libra de responsabilidad al galeno que actúa en determinadas circunstancias que no impliquen negligencia o impericia.

Dentro de las eximentes también se ubica a la "inimputabilidad" (Díaz-Pablos, 1965; Torio, 1983; Gisbert-Calabuig, 1983), que exime de responsabilidad penal a los menores de edad y a determinados enfermos mentales.

La mayoría de edad penal se establece en cada país por la propia ley penal, y por lo general oscila entre los 16 y 18 años. En Cuba es de 16 años (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987) y hasta el día anterior a cumplir esa edad una persona se considera inimputable y ni siquiera es procesada penalmente si comete un delito. Es algo que se aplica considerando solo la fecha de nacimiento de la persona y no requiere de pericias médicas, salvo que exista duda de falsedad en esta (Pérez, 2018a). Lo anterior no representa que si un menor de edad comete un delito no se le analice y se adopten con él medidas preventivas, solo que ello no se hace por el sistema penal ni es juzgado.

La posibilidad de aplicar inimputabilidad por enfermedad psiquiátrica sí requiere de demostración pericial (Pérez, 2018a) y no se fundamenta de manera mecánica en que exista algún documento diagnóstico a nombre de quién delinquió, ni porque él sufra o haya sufrido alguna vez de cualquier trastorno mental. Lo anterior determina la necesidad de que todo médico esté informado en este tema.

Para que un trastorno mental sea causa de inimputabilidad, en cualquier país, se exige, con una u otra redacción (Pérez, 2018a), que este cumpla tres requisitos (Torio, 1983, Pérez, 2018b), estos son:

- Coincidir en tiempo con la comisión del delito; que, por tanto, sea el trastorno mental la causa del delito.
- Determinar un nivel de desajuste suficiente que borre o inhiba de forma importante las potencialidades psicológicas de la persona para actuar según un razonamiento coherente y socialmente determinado, basado en la captación eficiente de la realidad exterior y de sí mismo. Para ser causa de inimputabilidad no importará que un trastorno sea habitual en la persona –crónico o continuo– o que esta lo sufra transitoriamente –agudo–, lo decisivo es que alcance ese nivel pleno de afectación, equiparable al nivel de funcionamiento psicótico o defectual equivalente.
- No ser intencionalmente, autoprovocado o previsible por el agente, de modo que no se considera inimputable a la persona que se autoinduce de manera intencional un trastorno mental; ni si conoce previamente que este puede sobrevenir, como es el caso del que se embriaga sabiendo que el alcohol le provoca conductas agresivas. A esta exclusión del beneficio de la inimputabilidad se le conoce en Derecho Penal como acto libre en causa.

En el Código Penal Cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987) la inimputabilidad queda formulada en su artículo 20, el cual establece las causas de inimputabilidad, así como los requisitos antes mencionados.

La enfermedad mental:

Artículo 20.1: Está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, si por alguna de estas causas no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta.

2: Los límites de la sanción de privación de libertad fijados por la ley se reducen a la mitad, si en el momento de la comisión del delito la facultad del culpable para comprender el alcance de su acción o dirigir su conducta, está sustancialmente disminuida.

3: Las disposiciones de los dos apartados precedentes no se aplicarán si el agente se ha colocado voluntariamente en estado de trastorno mental transitorio por la ingestión de bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas, ni en ningún caso en que pudiera haber previsto las consecuencias de su acción.

Según los referentes de la Resolución 100 (Resolución N.º 100 del 7 de abril de 2008, Ministerio de Salud Pública), desde la psiquiatría, respecto al contenido del primer párrafo del antes citado artículo 20:

- Se considerarán carentes de facultad de voluntad y juicio, a aquellos en que se demostró pericialmente de forma retrospectiva, al correlacionar el trastorno diagnosticado con la acción delictiva, que la cometieron en la evolución de trastornos psicóticos o defectuales equivalentes, transitorios o permanentes.
- Debe observarse que esto se aplica por igual a los penalmente llamados "trastornos mentales transitorios", por ser cuadros psicóticos agudos, reversibles y de corta duración (Jiménez, 1947; Díaz, Henríquez, E. 1955; Bonnet, 1980); que a los calificables como "estado de enajenación" –que son como se califican en lenguaje penal a las psicosis de curso crónico–; que al "desarrollo mental retardado", categoría empleada penalmente para el retraso mental (Henríquez, 1949; Pérez, 2018a). En realidad, las tres formas lo son de enajenación, pues una es variante transitoria de esta y la otra por falta de desarrollo psíquico (Jiménez, 1950).
- Pero también debe observarse que, si una persona padece de uno de estos trastornos, pero no llega a la pérdida total de la "facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta", es decir, a la pérdida total de juicio y voluntad, no clasificaría en el beneficio de la inimputabilidad, por tanto no toda persona con trastornos psicológicos, o que alguna vez se haya atendido por psiquiatras, incluso ni siquiera si alguna vez ha estado psicótica, es necesariamente inimputable: cada vez que cometa un delito, si hay dudas de su estado mental al hacerlo, hay que demostrar la existencia –o no– de ese nivel como causa de su actuación delictiva, para que la ley la considere –o no– inimputable.

Como puede observarse, existe un segundo párrafo en el antes citado artículo 20 del Código Penal Cubano que recoge la posibilidad de aplicación incompleta de la eximente, cuando un trastorno mental no sea totalmente desorganizante, pero afecte de forma importante las facultades decisorias de la persona. Respecto a ese tipo de casos, la Resolución 100 (Resolución N.º 100 del 7 de abril de 2008, Ministro de Salud Pública) establece que:

- Se considerarán en disminución sustancial de facultad de voluntad y juicio, a fines de eventual semimputabilidad, a aquellos en que se demostró pericialmente de forma retrospectiva, al correlacionar el trastorno diagnosticado con la acción delictiva, que la cometieron en la evolución de trastornos severos, transitorios o permanentes, que sin llegar a ser psicóticos o defectuales equivalentes, influyeron de forma importante en el paso al acto.
- Las personas que delinquen en esta situación, sin llegar a ser inimputables, reciben una rebaja importante en la pena que se les impone por haber delinquido. Es un beneficio mayor que el de las atenuantes ordinarias, conocido como "eximente incompleta" (Hacha, 1966; Torio, 1981; Pérez, 2018b).

Existe una gran correlación entre la eximente por inimputabilidad y el criterio clínico psiquiátrico de nivel psicótico (Pérez, 2018a), en el que los síntomas y signos son de tal magnitud que representan la desorganización de la personalidad y de la captación de la realidad, la que es borrada o sustituida por percepciones e ideas que determinan la conducta, en lugar de las habituales capacidades, informaciones de origen objetivo, afectos y motivaciones propias de las otras personas.

Como expresión de este nivel extremo de desajuste, la persona es incapaz de percatarse o de admitir que está enfermo, pues aquellos fenómenos psicopatológicos que presenta constituyen su realidad, tan convincente para él como lo es para el resto de las personas la objetiva que perciben. En consecuencia, le resulta imposible responder a los requerimientos sociales y a sus propias históricas necesidades y motivaciones.

Aún dentro de la desorganización, el cuadro clínico del nivel psicótico sigue determinadas reglas, recogidas en las descripciones clínicas en textos y sistemas clasificatorios, que son las que, sumando la experiencia clínica, permiten al experto psiquiatra establecer los distintos diagnósticos. Como pone Shakespeare en boca de un personaje de su Macbeth: "aunque esto sea locura hay método en ella".

La aplicación sistemática del método clínico en el análisis de la información de cada caso y la necesaria correlación a establecer entre la conducta delictiva y el trastorno que hipotéticamente se manifestó en el delito, es lo que da pocas posibilidades de éxito al simulador, si enfrenta a un perito psiquiatra experimentado, informado del delito y desde el punto de vista clínico cuidadoso (Pérez, 2018a).

Los cuadros funcionales u orgánicos en su origen pueden ser indistintamente agudos o crónicos en su evolución y determinar, a su vez, afectaciones en el nivel

neurótico o psicótico[1], según el caso. Distintas enfermedades pueden dar cuadros clínicos evolutivos disímiles, el paciente afectado pudiera estar en ocasiones funcionando de manera transitoria al nivel psicótico, en tanto que en otras puede hacerlo al nivel neurótico o hasta normal. Este tránsito entre niveles puede ser a veces muy fugaz. Salvo que se trate de un cuadro psicótico de presencia continua, el resto de las enfermedades pueden o no estar en el nivel psicótico en un momento dado, de ahí que un diagnóstico, cualquiera que sea, no determine taxativamente inimputabilidad. Pero aun en los cuadros psicóticos o defectuales de presencia continua, el experto analizará de forma cuidadosa el caso, pues también deberá comprobar si con las capacidades que el paciente tiene, pudo ser el que cometió el delito o es objeto de un error judicial o está siendo empleado como "chivo expiatorio".

Puede considerarse que estos principios interpretativos de la ley penal cubana en lo referente a fórmulas de inimputabilidad, son aplicables a otras en otros países, aun cuando no estén redactadas de igual forma en todos; ya que, en general, el objetivo de estas es proteger de la sanción penal a personas que delinquen producto de un estado mental que le impide ajustar su conducta a las normas sociales.

Resta comentar que, no obstante existir estas deseables protecciones para el psicótico que delinque, en las estadísticas del crimen no se evidencia que estos enfermos cometan más delitos, en general, o agresiones, en particular, que el resto de las personas, y si ellos disfrutan de una buena atención del sistema de salud mental, muy vinculado al nivel primario, esta posibilidad de que delincan es todavía menor (Pérez, 2015 y 2018a).

Lo más general de esta sección se explica de forma gráfica (Fig. 8.1) (Pérez, 2006).

Estado peligroso e índices de peligrosidad de carácter psicopatológico

Peligrosidad posdelictiva y aseguramiento terapéutico del inimputable

Si de protección del enfermo mental inimputable en conflicto con la ley penal se habla, lo más importante es la cuestión de cómo el sistema penal lo trata, de lo que prevé hacer y hace con él después de identificarlo como inimputable (Pérez, 2018b).

Si bien la propia ley penal protege de sufrir una pena a la persona que delinquió por padecer de un trastorno psicótico o defectual equivalente a este, también debe definir el tipo de conducta penal protectiva a adoptar con el declarado irresponsable, según la característica peculiar de la enfermedad mental que padece (Torio, 1983). Solo con el auxilio del propio perito psiquiatra que lo auxilió para identificarlo como inimputable, el penalista, en particular el Juez, logrará seleccionar la medida que haga falta para controlar al paciente y evitar que vuelva a delinquir; y aplicarla por el tiempo necesario (Bjerkly, 1993; Pérez, 2018b).

1 El origen, las manifestaciones clínicas y la evolución de los trastornos psiquiátricos son contenidos de la asignatura Psiquiatría, en la que se los trata más detalladamente.

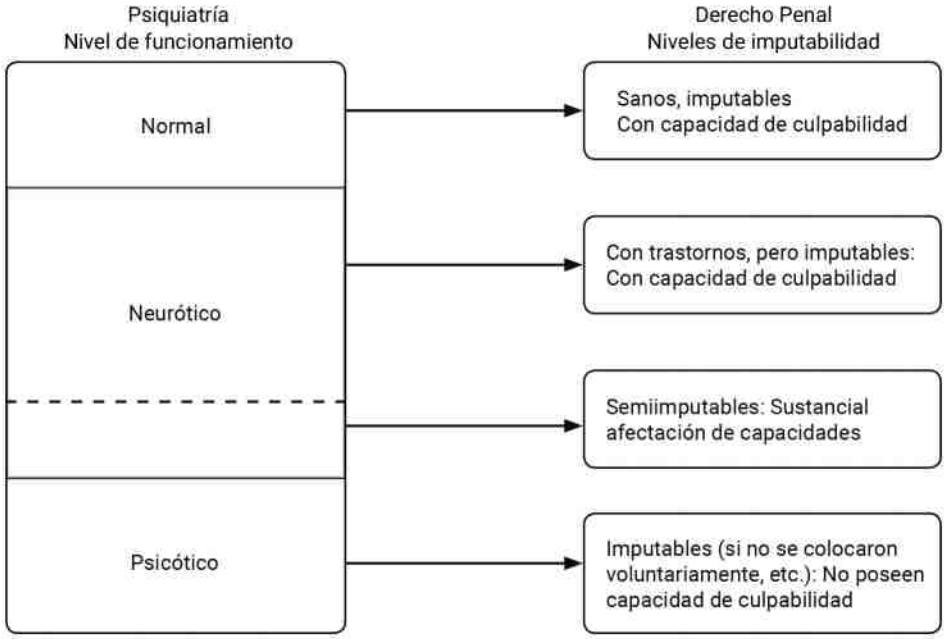


Fig. 8.1. Niveles de imputabilidad.

Existe la posibilidad de que después de haber cometido un delito, una persona afectada por los trastornos psicóticos que lo llevaron a tener tales conductas siga afectada por estos y, en consecuencia, persistan en esta específicamente los componentes de la enfermedad que lo hacen proclive a delinquir, es decir, que mantengan "peligrosidad posdelictiva". Como inimputables tales casos no irán a prisión, pero requerirán de medidas de control (Torio, 1983; Pérez, 2018b).

Para estos casos, como la generalidad de otros códigos, el Código Penal Cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987), en sus artículos 85, 86 y 88, establece la posibilidad de imponer una "medida de aseguramiento terapéutico" a ese inimputable, pero debe observarse que esta no se aplica de manera automática a todos los inimputables; ya que, en primer lugar, no se incluye en ese articulado (artículo 85) su aplicación a los afectados por un trastorno mental transitorio, en razón de que si fue calificado así en su momento por los peritos, dicho trastorno, por ser agudo, ya curó cuando se esté valorando por los jueces. En segundo lugar, solo será procedente aplicarla cuando persistan en el enajenado inimputable o en el retardado, las tendencias a conductas calificables de delito, es decir, cuando persista en ellos peligrosidad posdelictiva, pues el código plantea (artículo 86) que estas medidas solo aplican si el paciente inimputable "puede significar un peligro para la seguridad de las personas o para el orden social".

Por tanto, una vez que los peritos psiquiatras han emitido los criterios que pudieran llevar a los jueces penales a considerar inimputable al que delinquió, deben pronunciarse, ahora en sentido pronóstico, sobre si persistirá en ese paciente psicótico la peligrosidad,

así como si requiere o no de ingreso forzoso para mantenerlo en control y tratarlo con el objetivo de que desaparezcan las condiciones que determinan esas tendencias, ya que no se trata de mantenerlo ingresado de por vida (Pérez, 2018b). Siempre debe atenderse a que un ingreso psiquiátrico, aun en las mejores condiciones, deteriora las costumbres y relaciones sociales del paciente, las que precisamente son lo más importante para su reinserción social cuando mejore, por lo que no debe recurrirse a este salvo que el caso lo requiera (Kaplan, Sadock y Ruíz, 2015; Pérez, 2018b).

El paciente inimputable asegurado, como peculiaridad de Cuba, ingresará –por auto del tribunal que impone esa medida– en una sala cerrada, pero en un hospital psiquiátrico del sistema nacional de salud, en custodia del personal de la salud pública (Pérez, 2018b), no de prisiones, donde disfrutará de todos los derechos de un paciente, salvo el de egresar por su voluntad o por solicitud familiar, pues solo podrá salir de alta cuando los psiquiatras de asistencia, por lo general también entrenados como peritos, durante sus reportes periódicos lleguen a informar de su recuperación al tribunal y este, único legalmente autorizado para decidir su alta, lo decida documentalmente.

Durante su rehabilitación, pero más cuando egrese, su rápida captación en la atención primaria para dar continuidad al tratamiento recibido en el hospital, será decisivo para mantener los logros y evitar reincida en la peligrosidad. Obviamente, los médicos y otro personal de ese nivel jugarán un importante papel.

El desarrollo de la red de asistencia en salud mental en Cuba ha hecho posible hacer propuestas de que el aseguramiento terapéutico no transcurra solo en forma de ingreso cerrado, sino que incluya otras formas no cerradas de control terapéutico en las que el paciente mantiene mayor relación con su medio familiar, comunitario y, a veces, laboral. Es algo pendiente de establecerse en la ley cubana (Pérez, 2018b).

Pericias psiquiátricas relativas a peligrosidad predelictiva

En los códigos penales de la mayoría de los países ya no existe la llamada "peligrosidad predelictiva", ni medidas penales para esta. Se entiende por tal, según en el artículo 72 del Código Penal Cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987), a la "especial proclividad en que se halla una persona para cometer delitos". No se trata de que la persona haya cometido un delito y prevalezca en ella esa tendencia, como era el caso de la peligrosidad posdelictiva, sino de que "la conducta que observa" hace muy esperable que incurra en delitos, pero todavía no los ha cometido.

En los artículos 73 y 74 del Código Penal Cubano (Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987) son caracterizados los "índices de peligrosidad predelictiva", los que definen las variantes de su origen:

- 73.a: La "embriaguez habitual y la dipsomanía", entendidas por tales al consumo habitual o adictivo del alcohol.
- 73.b: La "narcomanía", entendida por tal, al consumo habitual o adictivo de otras drogas.
- 73.c: La "conducta antisocial", entendida por tal a conductas que quebrantan habitualmente las normas de convivencia social, provocan, violan derechos de convivencia,

perturban el orden comunitario, implican parasitismo social y similares, siempre sin llegar a ser delito en sí, pues en tal caso ya el sujeto sería procesado por este.

– 74: "Enajenados mentales y personas de desarrollo mental retardado" si son de rango inimputable y que "representen una amenaza para la seguridad de las personas o el orden social", sin haber cometido todavía delito, pues en tal caso se les procesaría por este.

Para interpretar adecuadamente este tema, en especial desde el punto de vista médico, es importante identificar dos aspectos:

– No basta que una persona sea adicta o consumidora habitual de alcohol u otra droga, o enajenada mental, por ejemplos, para considerarla penalmente en peligrosidad predelictiva y aplicarle las medidas penales previstas para esto, sino que tendría que tener primero las conductas interpretables como evidencias de riesgo, de peligrosidad, para poderlas calificar después en aquellos índices.
– Los índices de los párrafos a y b del artículo 73, vinculados al consumo habitual o adictivo del alcohol y otras drogas, y el del artículo 74, "Enajenados mentales y personas de desarrollo mental retardado", dependen de condiciones que tienen equivalencia en diagnósticos médicos y que requieren de tratamiento médico, a diferencia del índice de "conducta antisocial" del 73.c. A consecuencia de ello, solo para establecer penalmente la presencia de aquellos índices que no son el de conducta antisocial, resulta necesaria la pericia psiquiátrica, pues, además, para ellos el Juez decidirá, basado en los artículos 78 y 79 del código penal, una "medida de seguridad terapéutica", es decir, de tratamiento obligatorio en un centro médico especializado, ambulatorio o ingresado, según las necesidades de cada caso y que durará hasta que "desaparezca en el sujeto el estado peligroso"; en tanto que en casos de índice predelictivo por conducta antisocial, impondrá una "medida de seguridad reeducativa", a cargo de los órganos de control del Ministerio del Interior y sus instituciones, no de salud pública.

Es inobjetable que determinados trastornos psicóticos, tanto crónicos como agudos, pueden ser proclives a actos que amenacen la integridad del propio enfermo y la de otras personas o la estabilidad del grupo social. Tal peligrosidad no está implícita necesariamente en todos los pacientes psiquiátricos ni siquiera en su gran mayoría (Pérez, 2015). Esta problemática, en la casi totalidad de los países, calificada en Cuba como de peligrosidad predelictiva de enajenados, en la actualidad se resuelve sin participación del sistema de justicia penal, por vías de regulaciones administrativas del ingreso forzoso y, en última instancia, de forma muy operativa y por requerimiento de médicos de asistencia, por jueces civiles, no penales. No obstante, en Cuba, de presentarse esta situación de actos peligrosos predelictivos en pacientes, los médicos tendrían que apoyar la vía legalmente establecida para proceder a su control, cuando se agoten las posibilidades de trasladarlo a una unidad asistencial psiquiátrica con servicio de urgencias.

En resumen, no todos los índices de peligrosidad que se puedan plantear en un sujeto que evidencia "la especial proclividad... para cometer delitos", son vinculables a la psiquiatría ni requieren de pericias desde esa especialidad para demostrar las determinantes de conductas o actitudes tipificables en los índices de peligrosidad predelictiva y para aplicar, en consecuencia, el tipo de medida que el caso conlleva. Solo serán objeto de pericias psiquiátricas las personas con tendencias a delinquir en las que se sospecha que ello es producto de que sufren un trastorno psicótico o una adicción, tributaria de una medida de aseguramiento terapéutico en un servicio de salud.

Al solicitar esta pericia, la autoridad deberá informar a los peritos psiquiatras, al igual que en el caso de solicitudes de pericias a acusados, además de lo que ha determinado, sospechas sobre la insanidad mental o el trastorno adictivo de la persona procesada, sobre las conductas que se han establecido procesalmente que esa persona presenta y la hacen aparentar ser peligrosa, de suerte que ellos, en su análisis, puedan establecer si: estas son propias de una enfermedad mental; o dependientes de una adicción al alcohol o las drogas; o son independientes de estos índices, lo que permitirá al Juez decidir el tipo de medida de aseguramiento que proceda según el Código Penal. En resumen, como en otras pericias psiquiátricas, la relativa a peligrosidad predelictiva no se solicitará en todos los casos procesados por tal razón, sino solo en aquellos en los que existan indicios de que padecen de una adicción o de una psicosis como causa de sus conductas desde el punto de vista social peligrosas. Además, tampoco es el perito quien demostrará con su examen que existe tal peligrosidad predelictiva, sino que lo procesalmente esperable es que las actitudes y conductas que, en criterio penal, la califican, sean manifiestas y estén caracterizadas por el que por estas abrió el proceso; por lo que no se trata, entonces, de demostrar pericialmente la peligrosidad, sino de establecer su posible causa –o negarla– en uno de los índices de peligrosidad predelictiva dependientes de trastornos psiquiátricos, por existir indicios de esa posibilidad.

No será el peritaje psiquiátrico el que establezca otras razones por las que otras personas tienen la condición de peligrosos, ni el que demuestre "la especial proclividad... para cometer delitos" de cualquier ciudadano; la psiquiatría no tiene ese objetivo dentro de los que le son propios, ni respuesta científica absoluta a esa pregunta (Pérez, 2018a).

Incapacidad civil

En la actualidad es frecuente en la práctica de la atención primaria de salud, relacionada más que ninguna al envejecimiento poblacional, la problemática de ancianos que presentan cuadros clínicos de demencia y que poseen bienes, pero que por ese mismo estado mental no pueden realizar extracciones bancarias, ventas de propiedades, permutas y similares acciones en las que ejercería su capacidad de obrar sobre sus bienes. Otros pacientes, afectados por otras enfermedades mentales continuas y asistidos en otros niveles de atención por otros especialistas, como psiquiatras, internistas y neurólogos, pudieran estar en situación similar (Pérez, 2018a).

En ocasiones, poseyendo bienes, la limitación provocada por sus determinados trastornos impide que el paciente o sus familiares los empleen en función de sus necesidades. En tales casos, promover un proceso de incapacidad es la solución, amén de que la persona quedará protegida en lo adelante por la ley.

Por lo anterior, es importante que los médicos de atención primaria, pero también los de otros niveles, conozcan de este tema para poder orientar a las familias o cuidadores y desempeñarse en la emisión de documentos, que, como se verá, les corresponde para el desarrollo de determinados procesos judiciales protectivos en estos casos.

Capacidad e incapacidad en razón de la edad

Existe una mayoría de edad civil, a partir de la cual la sociedad reconoce que la persona posee la capacidad jurídica de obrar por sí misma para contraer compromisos, administrar bienes y tomar decisiones de trascendencia jurídica. Esta mayoría de edad es cuantitativamente diferente al comparar países; pero, como regla cualitativa, suele establecerse para cualquiera de ellos una primera edad, por lo general ubicada hasta la etapa escolar avanzada, en la cual el sujeto es totalmente incapaz. Después se establece un periodo que se extiende hasta la adolescencia avanzada, en el que se le reconoce con capacidad restringida o se le reconoce puntualmente algún grado de decisión o capacidad; después del cual, si su desarrollo psicosocial ha sido normal, el sujeto adquiere su mayoría de edad civil y es, desde el punto de vista jurídico, capaz; se le reconoce la plena capacidad de obrar por sí mismo (Albaladejo, 1997; Pérez, 2006).

En Cuba, según define el Código Civil (Ley 59 de 15 de octubre de 1987), la mayoría de edad civil se adquiere a los 18 años[2]; se considera con capacidad restringida a la persona entre los 10 y los 17 años de edad; y son incapaces los menores de 10 años. Los menores de 18 años, incapaces o con capacidad restringida, requieren de la autorización explícita de sus padres o tutores para proceder a determinados actos, lo que, por ejemplo, resulta importante para la obtención de consentimiento informado cuando son sujetos de procedimientos riesgosos, investigación o experimentación.

Sin embargo, puede ocurrir que, a consecuencia de un trastorno mental, una persona arribe a determinada edad sin haber desarrollado la capacidad psicológica propia de esta, como es el caso de niveles más limitantes del retraso mental; o que habiéndolas desarrollado en su momento, después, durante la adultez, un trastorno mental provoque que pierda, total o sustancialmente, esas aptitudes psicológicas que hacen lícitos los actos que ejecuta desde su capacidad de obrar, como es el caso de las demencias. En tales casos puede requerirse de un proceso judicial en el que se declare esa situación individual especial de la persona, la que por su edad debía ser judicialmente capaz, pero por un trastorno mental no lo es (Clemente, 1983; Torres, 2000; Marco y Martí, 2002).

2 Debe observarse que las mayorías de edad civil y penal son diferentes. En general las definiciones y procesos penales y civiles son independientes unos de otros, pues responden a objetivos sociales diferentes. Incluso cada proceso es independiente de los previos, por lo que la pericia emitida para uno no es transferible a otro.

Procesos judiciales de incapacidad

Los procesos judiciales de incapacidad o juicios de interdicción, no tienen ninguna relación con la ocurrencia e investigación de delitos o imposición de penas, pues la jurisdicción civil tiene por finalidad definir legalmente sobre situaciones –llegado el caso también sobre conflictos– de tipo patrimonial, de status de personas y otras del tipo de testamentos, ventas, donaciones, divorcios, guarda y custodia de hijos y similares que solo pueden asumirse si se está psíquicamente capacitado para obrar. Es así en cualquier país.

En ocasiones, las familias en apuro económico solucionable por esta vía rechazan iniciar estos procesos, por considerar que sería como acusar al enfermo, cuando es todo lo contrario, pues se trata de un proceso desarrollado en tribunales que nada tienen que ver con delitos, y que tiene por finalidad protegerlo y dar acceso a los bienes patrimoniales a su nombre para usarlos en su beneficio. Un profesional de la salud informado orientará mejor sobre estos aspectos.

En Cuba, específicamente, en correspondencia con el modo bastante universal de desarrollo de estos asuntos, se da curso al correspondiente proceso en un Tribunal Municipal (Sección Civil) por promoción voluntaria de familiares, allegados o instituciones de protección o comunitarias. Este proceso concluye con una declaratoria del real grado de capacidad o incapacidad que tiene la persona objeto de este (Ley 59 de 15 de octubre de 1987).

Los necesitados de hacerlo pueden ser orientados a contactar con un abogado en un Bufete Colectivo, el que orientará sobre la documentación necesaria para encargarse, a nombre del promovente, de presentar el caso ante el tribunal civil correspondiente. Cuando se trate de personas sin familia ni otros convivientes que puedan promover el proceso, el caso puede ser informado a la correspondiente fiscalía municipal.

Dentro del trabajo pericial para la justicia civil, el tema de los procesos de incapacidad, plena o restringida, tiene especial importancia para cualquier médico de asistencia también por otra razón; ya que, como se verá a continuación, además de quizás orientar a la familia, este emitirá documentos que servirán para iniciar estos procesos en pacientes que formalmente atiende, lo que hace más necesario que domine este campo y las categorías y los criterios con que se opera.

Si con relación a otras pericias tratadas antes en este capítulo, lo recomendable para el médico que no es perito designado será abstenerse de emitir criterios periciales y limitarse a, de solicitarlo la autoridad competente, emitir información descriptiva sobre los antecedentes asistenciales de una persona involucrada en un proceso judicial, en el caso de la incapacidad civil, por el contrario, sí se requerirá de sus criterios valorativos preliminares.

La necesidad procesal de participación médica en un proceso de incapacidad se establece en dos momentos y formas diferentes (Pérez, 2006):

– Primero: No pericial, y para dar inicio al proceso, los promoventes presentarán una certificación común, la mencionada expedida por el médico de asistencia acerca de la enfermedad que se plantea determina la incapacidad.

– En un segundo momento: El tribunal, según lo establece la Ley, solicitará un examen pericial que corrobore la enfermedad y basado en este hará la declaratoria del real grado de incapacidad que esta determina en la persona objeto del proceso.

Es decir, el criterio inicial del médico de asistencia siempre será sometido a posterior verificación pericial, como también ocurre con los certificados de primera intención de lesionados que motivan después la pericia de sanidad de lesiones. En resumen, el primer paso o momento estará a cargo del médico de asistencia, y el segundo, ya al nivel del tribunal, estará a cargo de dos peritos que no pueden ser médicos de asistencia de la persona analizada.

El documento no pericial que dará inicio al proceso puede ser emitido en forma de resumen de historia clínica o de certificado diagnóstico, en cuyas observaciones el médico de asistencia, en congruencia con su diagnóstico, escribe su apreciación del grado de incapacidad psíquica del paciente, siempre describiendo sucintamente las manifestaciones clínicas que sustentan tal diagnóstico y determinan tal estado, así como su pronóstico evolutivo. Quien expida este documento debe limitarse a las razones clínicas y las limitaciones que estas implican, sin opinar, mucho menos tomar en cuenta, cuestiones sobre posible tutor u otro aspecto similar. Como es obvio, este documento tiene que estar respaldado por la historia clínica en que se ha recogido el estado de las funciones psíquicas del supuesto incapacitado al emitirlo, para garantía de quien lo emite; y quedará registrado.

Respecto al momento pericial, según los artículos 30 y 31 del Código Civil de Cuba (Ley 59 de 15 de octubre de 1987), en todos estos casos el tribunal actuante está obligado a ordenar el examen pericial por "dos médicos distintos al de asistencia", pues el de asistencia ya emitió su criterio para iniciar el proceso y es el que se está validando. Los peritos responderán a la autoridad competente, la designada en la Ley para evaluar y decidir sobre tan trascendente asunto, "sobre el real grado" de capacidad para "regir su persona y sus bienes", característico de la persona peritada en su individualidad. Para ello la debe calificar de incapacitada si lo es totalmente o describiendo sus limitaciones si lo fuera de forma restringida, de suerte que el tribunal pueda adoptar la medida menos restrictiva y más adecuada a cada caso.

Concluida la primera etapa de este proceso, después de examinar también a la persona y de recibir el informe pericial, el Tribunal hará la declaratoria de su estado de incapacidad plena o restringida, si así procede. Después y con participación fiscal, el Tribunal designa al tutor que tomará decisiones en nombre del incapacitado total, o al curador que supervisará y complementará al considerado en capacidad restringida. En esta designación se tomará en cuenta, entre otros elementos, que sea alguien que no tenga conflicto de intereses con el incapacitado, por lo general entre sus familiares más allegados y con posibilidades de asumir la tutoría. No necesariamente la persona que promovió el proceso será tutor o curador del incapacitado e, incluso, de no tener familia u otros allegados el incapaz, o no ser seleccionable ningún familiar, un funcionario judicial, tal como un fiscal, pudiera ser designado como tutor o curador (Pérez, 2006).

Una vez declarado incapacitado en cualquier nivel, la persona pierde determinados derechos, pero serán precisamente los que no puede ejercer por no poseer la capacidad de obrar; como por ejemplos, votar en las elecciones o decidir sobre sus propiedades, pero conserva o gana otros que lo protegen en su condición y por los que su tutor o curador debe velar. Esta función del tutor o curador es controlada con periodicidad por la justicia, de suerte que no pueda disponer de manera indiscriminada de los bienes del incapacitado, los que quedan de forma detallada registrados, sino en beneficio de este y de sus deudos, entre otras obligaciones que derivan de su condición.

Criterios jurídicos de incapacidad plena y de capacidad restringida

La pericia sobre presunta incapacidad trata de afirmar o negar un posible trastorno o defecto mental permanente, de tal severidad que, a los fines judiciales, la persona afectada no está en condiciones de obrar nunca por sí misma; de tomar decisiones sobre su persona y bienes; de administrar y disponer de los bienes patrimoniales que, también por derecho, le corresponden. En tales casos, la persona puede considerarse incapacitada.

En otro nivel que no llega a tal invalidismo pleno, una persona puede tener trastornos que limitan una parte importante de sus sistemas decisorios y le impedirían obrar sola, sin supervisión de otros, para disponer o administrar bienes de determinada complejidad; en tanto, sí son capaces de asumir otras menos complejas, lo que resultaría en capacidad restringida.

El planteamiento médico de incapacidad, en el que se fundamenta la declaratoria judicial, se sustenta, por tanto, en un trastorno que conlleva pérdida de organización psicológica o el no desarrollo en tiempo de esta por retraso mental, con pronóstico de irreversibilidad o larga evolución. El criterio pronóstico es decisivo en materia de incapacidad mental. Lo que se pronostica aún no ha ocurrido y, por tanto, no puede ser demostrado de manera inequívoca, ni puede considerarse imposible otra variante; no obstante, en medicina, pronosticar implica el cálculo científico de la evolución más probable de la enfermedad, fundamentado en el conocimiento clínico establecido sobre su evolución (Pérez, 2006).

Criterios clínicos de incapacidad plena

Los criterios clínicos de incapacidad plena son los que suelen observar los peritos a partir del contenido de la Resolución 100 (Resolución N.º 100 del 7 de abril de 2008, Ministro de Salud Pública), también útiles al médico de asistencia que emite el documento para iniciar el proceso. En la práctica, las enfermedades que son causas más frecuentes de incapacidad plena, por evolucionar de forma crónica o continua en el nivel psicótico o defectual equivalente, son:

- Las demencias, con especial incidencia las de causa cerebrovascular o por enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades cerebrales degenerativas.
- Los retrasos mentales severos y profundos.
- La esquizofrenia, pero no en todos los casos de esa enfermedad, sino en los de evolución continua ("crónica") con gran deterioro de la personalidad previa, entre otras posibles.

Una persona afectada por un trastorno de nivel psicótico, pero de evolución aguda, por tanto, de pronóstico reversible, no debe ser calificada como permanentemente incapaz sobre el fundamento de este, y en su caso, el tribunal pudiera recibir de los peritos que nombró el informe de que la persona, al ser examinada, transita por un periodo de incapacidad reversible a corto plazo. Si el pronóstico de reversibilidad o irreversibilidad no puede aún establecerse, se deberá también informar al tribunal, especificando las necesidades de tiempo y recursos de las que depende dicha definición, de la que penderá una decisión judicial de gran trascendencia para la vida social de esa persona, lo que llama a prudencia (Pérez, 2006). El ejemplo de esta variante es el de una persona que sufre una psicosis reactiva o se encuentra en estado de coma o afectada por otro síndrome cerebral orgánico agudo, cuyo estado mental al recuperarse no sea predecible.

En casos límites, en especial si es evidente una evolución inevitable a corto plazo hacia la cronicidad psicótica plena o una larga evolución en ese nivel psicótico o su equivalente defectual, lo indicado es considerar al sujeto como incapacitado. Tal puede ser el caso de ancianos con defecto demencial incipiente, pero ya manifiesto como síndrome orgánico crónico, más allá del cambio cognitivo, aun cuando todavía tengan momentos de lucidez, con remisión no total, sino parcial, de la orientación o la memoria.

La clásica psiquiátrica forense siempre distinguió en la clínica el intervalo lúcido (periodo en el cual un incapacitado recupera mantenida y totalmente su capacidad de obrar) del momento lúcido (breve periodo en que el incapacitado recupera parcialmente alguna función, como es el caso de ancianos dementes que a veces sorprenden, pues durante un rato vuelven a reconocer a los familiares o recuerdan algo, para de inmediato regresar a su desorientación y amnesia habitual) (Rojas, 1931 y 1938; Pérez, 2006). Con tal evolución y tan precaria recuperación momentánea de algunas funciones, propia del momento lúcido, no sería prudente proteger a la persona con simple restricción de capacidades.

Una variante muy peculiar radica en los casos de personas que, por el curso evolutivo de su enfermedad, alternan periodos de incapacidad total o restringida con otros largos periodos de plena capacidad, como ocurre en los trastornos bipolares o maníaco-depresivos. En tales casos, el jurista recibirá esa información, según se trate del médico de asistencia o de los peritos, para adoptar la medida protectiva más conveniente.

Criterios clínicos de capacidad restringida

La capacidad restringida implica que el sujeto no llega a funcionar de manera estable en el nivel psicótico o defectual equivalente del rango de demencia, pues de ser así sería un incapacitado pleno, pero tiene defectos psicológicos importantes en sus sistemas decisorios, ya sea por enfermedades mentales que como la esquizofrenia pueden dejar cierto deterioro en la personalidad que ya la afecte de forma importante; o porque tengan déficit moderado de la inteligencia (o ligero, pero que tengan que asumir decisiones o administrar bienes de gran complejidad, en demanda muy superior a sus capacidades intelectuales); o porque sufran la pérdida, estable o progresiva según su causa, de sus capacidades intelectuales, como es el caso de los cambios cognitivos no ligeros.

Es importante aclarar que el diagnóstico de un trastorno cualquiera no implica en sí, mecánicamente, una interpretación de capacidad restringida; ya que, por ejemplo, puede haber personas afectadas por la citada esquizofrenia en la que no se haya producido el deterioro de la personalidad, o todavía no, o no tanto, u otras que tengan trastornos de larga evolución y florida sintomatología, pero que no afectan sus capacidades de obrar, como la mayoría de los trastornos que transcurren en el nivel neurótico o los trastornos de personalidad. Obsérvese que en la propia esquizofrenia el paciente, según su tipo evolutivo o el grado de deterioro que presente o no, puede tener capacidades plenas, o restringidas o ser incapacitado. Es un buen ejemplo de que también en el campo civil los criterios no se han de emitir de manera mecánica a partir de un diagnóstico nominal, sin un análisis individualizado.

Otras veces, una persona con déficit intelectual ligero o moderado tiene las capacidades necesarias para administrar o decidir, y ha adquirido la habilidad para hacerlo. Lo esencial está en que, especialmente en los casos de eventual capacidad restringida, a cada caso hay que verlo en su individualidad psíquica y en función de aquello sobre lo que debe decidir; lo que exige a los peritos ser descriptivos en la individualidad de ese tipo de casos en beneficio del tribunal y este debe ser informativo para que los peritos evalúen en función de la particularidad del problema planteado para cada caso.

En ocasiones, personas que sufren cambios cognitivos por la edad, todavía no son dementes, pero son los llamados “pródigos”, es decir, proclives a hacer regalos y cesiones de bienes de gran cuantía, susceptibles de ser influenciados a esas conductas por personas que con facilidad los conquistan con actitudes de cordialidad y afecto. Son un ejemplo de capacidad restringida que a veces tiene tratamiento específico en leyes civiles en determinados países, como España.

De igual manera, a veces se aplica la solución por estas vías de restricción de capacidad, a personas que, sin ser propiamente psicóticos, están afectadas de adicciones o determinados trastornos de los impulsos, como el de la ludopatía o adicción al juego de azar; los que ponen en riesgo el patrimonio de una familia que pudiera, si así lo decide, someter el problema a la justicia civil en busca de protección.

En casos en que alternen largos periodos de plena capacidad de obrar con otros de psicosis incapacitante, como ocurre en los mencionados trastornos bipolares o maníaco-depresivos, el médico de asistencia o, en su momento, el perito, debe describir el pronóstico alternante y los riesgos del periodo de incapacidad –que patrimonialmente son muchos, ya sea por la dispendiosidad de la fase maníaca o por el abandono y desinterés total de la fase depresiva–; para que el tribunal, poseedor social de ese atributo, valore y decida la mejor solución del caso dentro de lo legalmente establecido.

Personas con otros trastornos de nivel neurótico, tales como trastornos de personalidad y similares, no deben considerarse ni siquiera como candidatos a iniciar el proceso.

La simulación a veces se manifiesta en este campo, cuando alguien intenta aparentar un trastorno mental en pos de ser declarado incapaz, cuyo fin perseguido con más frecuencia ha sido el intento por revertir una acción ya realizada por vías de impugnarla por ineptitud mental al ejecutarla; por ejemplo, una permuta, venta o cesión de vivienda. De manera muy ocasional, un sujeto con una causa penal en curso o en inminencia de ser descubierto en actividad delictiva, ha intentado simular para ser declarado incapacitado; lo cual, de hecho, no determinaría nada más que dudas solucionables. Ello se debe a que la incapacidad no se traduce de manera automática en inimputabilidad; en primer lugar, por la independencia entre las jurisdicciones civil y penal, y, en segundo lugar, porque en cada causa penal se requerirá de un peritaje que, como se vio, parta del análisis de la conducta delictiva concreta de que se trate, también para demostrar que un sujeto con ese trastorno pudo ser o no el autor de ese delito. A la larga se trata de acciones de evasión de la acción judicial que no pasan del intento y se fundamentan en el desconocimiento de la propia ley; pero, a veces, aparecen en el campo de acción del médico, asistencial o perito, que en tales casos debe ser más cuidadoso que nunca en la observancia de las disposiciones legales y protocolos de actuación que se han reflejado.

Invalidez laboral

Se tratarán los aspectos laborales de forma muy breve y general, apenas en lo necesario para su proyección en los temas penal y civil, ya que la invalidez laboral puede ser de interés en estos campos. Ejemplo de ello, al establecer la responsabilidad civil en un delito en que las víctimas han quedado psíquicamente afectadas en su capacidad laboral, o al establecer la prolongación de una pensión alimenticia cuando el hijo que arriba a la mayoría de edad o la excónyuge sean desde el punto de vista laboral inválidos por trastornos mentales.

En Cuba, el establecimiento de los grados y periodos de invalidez laboral no suele ser tarea pericial forense, ya que no es frecuente que se le analice en los tribunales, sino que se ventilan en comisiones intersectoriales de peritaje laboral de ubicación municipal en las que se integran médicos de diversas especialidades, incluyendo la de medicina del

trabajo, y funcionarios del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La actual reaparición de las relaciones laborales entre personas no estales puede determinar otro nivel de complejidad organizativa para dilucidar eventuales conflictos entre empleadores y empleados.

De forma sucinta se señala que los problemas periciales psiquiátricos relativos a la invalidez laboral, por trastornos mentales que llegan a sede judicial, pueden circunscribirse a cuatro aspectos muy concretos (Pérez, 2018a):

- El grado en que determinado trastorno mental puede ser causa de invalidez parcial o temporal para determinada ocupación.
- La posibilidad de que un trastorno psiquiátrico sea causa de invalidez total o definitiva para determinada o cualquier ocupación.
- La demostración de que un trastorno psiquiátrico que afecta parcial o temporalmente, o es causa de invalidez total, se originó o no en la propia actividad ocupacional, de forma que pueda o no considerársele como enfermedad profesional o causada por un accidente de trabajo, con la consiguiente repercusión en materia de Seguro y de Seguridad Social.
- La demostración de que un trastorno psiquiátrico que afecta parcial o temporalmente, o es causa de invalidez total se originó o no en un delito, de forma que su repercusión en la víctima recaiga en responsabilidad civil adicional al ya penalmente responsable de este.

Sobre las tres primeras variantes pueden existir innumerables aspectos fundamentados en especificidades contractuales, normas estatales o internacionales relativas a toda o determinada ocupación (las de los trabajadores de barcos o personal de vuelo de aeronaves, por ejemplo).

Estado legal del enajenado mental

La condición de enfermo mental no conlleva la pérdida de la condición de persona, porque, aunque este sea de los que no poseen la capacidad de obrar, lo que le impide gobernarse con independencia, sigue siendo titular de derechos, como persona jurídicamente reconocida; tal cual lo es, cualquier ser humano desde que nace hasta que muere. En todo caso, como enfermo mental tiene derechos protectivos adicionales, porque como se ha visto a lo largo del presente capítulo, respecto a quien sufre de trastornos mentales de nivel psicótico y evolución crónica, existen formas de protección que atienden de manera diferenciada a su discapacidad y preservan sus derechos.

En el campo penal, si un enajenado delinque durante la manifestación desorganizante de su enfermedad, puede ser considerado inimputable y, por ello, no ser penado, sino ingresado en un centro hospitalario del sistema de salud, con los mismos derechos de cualquier paciente, a excepción del de egresar por voluntad propia o familiar.

También el derecho penal establece delitos para quienes cometen con personas discapacitadas mentales, determinados actos aprovechando esa condición. Ello representa una forma de protección social del enfermo mental.

En derecho civil existe la protección de la declaratoria de incapacidad, plena o restringida; pero, también, otras que atienden a la obligación de los padres u otros familiares de brindarle sustento o asumir por ellos determinadas obligaciones cuando no puedan asumirlas por sí mismos. La propia existencia de una forma restringida de declaratoria de incapacidad refleja el interés social en limitar lo menos posible el ejercicio de sus derechos por parte del enfermo mental, cuando esto sea posible.

En lo laboral, desde el Estado existe la posibilidad de subsidiar de diversas formas a personas que, en razón de graves trastornos mentales, tienen invalidez para el trabajo.

Hasta en el propio campo de las regulaciones éticas y bioéticas existen determinadas definiciones universales de principios destinadas a la protección de toda persona; pero, también, otras destinadas a proteger de manera específica a los enfermos mentales, como la titulada "La Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en salud mental" (Organización de Naciones Unidas, 2004) emanada de la propia Asamblea General de Naciones Unidas. Esta reclama el respeto de los derechos del paciente mental, tanto en sus relaciones con la red de atención en salud mental, como con los demás sectores de la sociedad, asistenciales o no. Estas normas éticas, por ejemplo, también están destinadas a proscribir la experimentación con estos pacientes o tomarlos como donantes de órganos o tejidos, si estos no están en condiciones de consentir; o establecen condiciones especiales a cumplir cuando ellos son sujetos necesarios de ensayos clínicos de psicofármacos o de otras formas de tratamiento de la enfermedad mental.

Como puede verse, desde diferentes áreas de la sociedad y la comunidad de naciones, no solo desde el sector salud y la psiquiatría, se forma un entramado protectivo de derechos, dirigido a esta forma de discapacidad, en cumplimiento de un principio planteado desde la Constitución; pero, el personal de la salud, es el primer comprometido con la promoción y observancia de todo ello.

Bibliografía

Bjerkly, S. (1993). Scale for the prediction of Agression and Dangeuresness in Psychotics Patients, an Introduction. *Psychol. Rep*., 73(4), pp. 1363-1377.

Blanco Losano, C. (2000). *La eximente de anomalía o alteración psíquica*. Madrid: Dikinson; pp. 47-67.

Bonnet, E. (1980). *Medicina Legal*. 2nd ed. Buenos Aires: López Librero Editores, p. 1605.

Calcedo, A. (1982). El peritaje psiquiátrico. *Rev. Psicopatología*. 2; abril-junio, pp. 172-180.

Clemente, T. (1983). *Derecho Civil* (Tomo I). La Habana: Editorial Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana, pp. 217-245.

Daniel Andia, E. (1948). *Técnica del informe medicolegal psiquiátrico*. 2nd ed. Buenos Aires: El Ateneo, pp. 139-40.

Díaz, J.A., Henríquez, E. (1955). *Responsabilidad criminal ante los tribunales*. Méjico DF: Editorial América Nueva, pp. 112-120.

Díaz-Pablos, F. (1965). *Teoría general de la Inimputabilidad*. Barcelona: Boch Casa Editorial.

García, T. (2016). *La Autopsia Psicológica ¿suicidio u homicidio?*, La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Gisbert Calabuig, J. (1983). *Medicina Legal y Toxicología*. Valencia: Editora Fundación García-Muñoz, p. 607.

Goite, M. y Medina, A. (2018b). *La Protección al enfermo mental inimputable en el Código Penal Cubano en Estudios sobre el Código Penal cubano en el XXX Aniversario de su vigencia*. Logros y perspectivas. La Habana: Editorial UNIJURIS; pp. 214-232.

Grillo Longoria, R. (1988). *Derecho Procesal Civil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, pp. 309-337.

Hacha, E. (1966). *Trastorno Mental Transitorio, Embriaguez y Semilocura*. La Habana: Imprenta Agro.

Henríquez, E. (1949). *Trastorno Mental Transitorio y Responsabilidad Criminal*. La Habana: Biblioteca Jurídica de Autores Cubanos y Extranjeros, pp. 27-55.

Hospital Psiquiátrico de la Habana (1983). *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Jiménez de Asúa, L. (1950). *Crónicas del Crimen*. 4.ª ed. La Habana: Biblioteca Jurídica de Autores Cubanos y Extranjeros, p. 124.

Jiménez de Asua, L. (1947). *El Criminalista* (Tomo VII). Buenos Aires: Tipográfica Editora Argentina, pp. 189-97.

Kaplan, H., Sadock, B., Ruíz, P. (2015). *Sinópsis de Psiquiatría*. 11.ª ed. Barcelona: Waltres Kluwer, pp. 372, 1385-93.

Kvisko, L.A. (2006). *Escena del crimen: estudio médico legal y criminalístico*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.

Lancís, F. (1976). Psiquiatría Forense. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 13(3), pp. 17-26.

Lancís, F. (1970). *Lecciones de Medicina Legal*. La Habana: Editorial Universitaria, pp. 114-9.

Ley 59 de 15 de octubre de 1987 (1987). Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba. Código Civil de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*. Edición Extraordinaria del 15 de octubre de 1987.

Ley N.º 62 del 29 de diciembre de 1987 (1987). Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba. Código Penal de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, edición especial N.º 3 del 3 de diciembre de 1987.

Marco, R.J., Martí, J.L. (2002). *Psiquiatría Forense*. Barcelona: Espaxs, pp. 334-340.

Ministerio de Salud Pública (2008). *Resolución N.º 100 de 7 de abril de 2008*, Ministerio de Salud Pública, Cuba (En Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).

Mohandie, K., Meloy, R. (2000). *Clinical and Forensic Indicators of "Suicide by Cop"*. J. Forensic Sci; 45(2), pp. 384-89.

Moreno, A. (2012). *El método clínico. Lecturas y lecciones*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 35-40.

Organización de Naciones Unidas (2004). Resolución 46/119 Asamblea General de Naciones Unidas: *La Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en salud mental*. (Sobre el Informe del Tercer Comité A/46/721).

Organización Mundial de la Salud (I992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (CIE-X). Madrid: MEDITOR.

Pérez, E. (2006). *Manual de Psiquiatría Forense*. La Habana: Editorial ONBC; pp. 71-80, 115-116.

Pérez, E. (2008). *El testimonio Judicial Infantil: método para su análisis forense*. La Habana: Editorial ONBC; pp. 148-86.

Pérez, E. (2011). *Psiquiatría Forense*. Bogotá: Editorial: Temis; pp. 128-38.

Pérez, E. (2015). *Psicología, Derecho penal y Criminología*. Bogotá: Editorial Temis; pp. 114, 193.

Pérez, E. (2018a). *Psiquiatría Forense*. 2nd ed. La Habana: Editorial ONBC, pp. 23-36, 51-79, 278-9.

Pérez, E. (2005). Tareas forenses de la Psiquiatría y otros vínculos con el Derecho Penal y la Criminología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (Suplemento N.º 1), pp. 116-128.
Quirós Pérez, R. (1999). *Manual de Derecho Penal*. La Habana: Editorial Félix Varela, pp. 303-312.
Rojas, N. (1938). *La Psiquiatría en la Legislación Civil*. Buenos Aires: Valero Abeledo Editor.
Rojas, N. (1931). *Psiquiatría Forense*. Buenos Aires: El Ateneo, pp. 12-19.
Roxin, C. (1997). *Derecho Penal*. Madrid: Editorial Civitas, pp. 529-550.
Torío, A. (1983). *Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental en Estudios Jurídicos* (s.n.): Barcelona: Bosh Casa Editorial, S.A., pp. 973-976.
Torio, A. (1981). La capacidad limitada de Autodeterminación en la reforma del código penal en Jornadas de estudio de la Deficiencia Mental s.n. Valladolid: s.n., pp. 45-50.
Torres Escames, S. (2000). Un estudio sobre el juicio notarial de capacidad. *Revista Jurídica del Notariado*, 34, pp. 208-210.

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 9

Seguridad social

María de los Ángeles Hernández Sosa

El Sistema de Seguridad Social en Cuba, está compuesto por un conjunto de bases jurídicas y mecanismos que garantizan la protección a todos los ciudadanos. Este sistema comprende un régimen general, regímenes especiales y un régimen de Asistencia Social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 1991 señaló que la Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y, también, la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos: "El sistema de gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política" (Simón Bolívar, discurso de Angostura el 15 de febrero de 1819).

Antecedentes históricos de la seguridad social

Los antecedentes históricos de la seguridad social se remontan a los tiempos en que Hipócrates hizo referencias, en algunas obras, al tratamiento de enfermedades y accidentes laborales; pero, realmente, la seguridad social nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de las iglesias, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época.

El título de "padre de la medicina del trabajo" se reserva para el médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), quien fue profesor de Medicina en la Universidad de Módena y publicó en el año 1700, una obra sobre las enfermedades de los trabajadores, concebida a partir de su práctica profesional en este campo.

Cuba fue pionera en la implantación de Sistemas de Seguridad Social en América Latina, caracterizado por un sistema de protección relativamente avanzado para su época.

Bases legales del Sistema de Seguridad Social en Cuba

En la actualidad está conformada por una legislación dispersa (por una parte, preventiva, y por otra, asegura la protección ciudadana), que en su contenido recogen los aspectos normativos sobre este tema; estos son:

- Constitución de la República de Cuba, 2019.
- Ley N.º 105 de 2009 o Ley de Seguridad Social.
- Ley N.º 116 de 2013 o Código del Trabajo.
- Decreto 283, Reglamento de la Ley de Seguridad Social.
- Decreto Ley N.º 278 de 30 de septiembre de 2010, Del régimen especial de seguridad social para los trabajadores.
- Decreto Ley N.º 284 del 2 de septiembre de 2011, modificativo del Decreto Ley N.º 278, del régimen especial de seguridad social para los trabajadores por cuenta propia.
- Resolución N.º 29 de 2014, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Sobre los modelos a utilizar según lo establecido en el Reglamento del Código de Trabajo.
- Resolución N.º 284 de 2014, MINSAP. Listado de actividades que requieran la realización de exámenes médicos preempleo y periódicos especializados, para las actividades laborales en las que existan riesgos higienicoepidemiológicos.
- Resolución N.º 283 de 2014, MINSAP. Listado de las enfermedades profesionales y el procedimiento para la prevención, análisis y control de estas en el Sistema Nacional de Salud.
- Decreto Ley N.º 339 de 2016. De la Maternidad de la Trabajadora.
- Resolución N.º 176 de 1989, MINSAP. Reglamento para la expedición y control de los certificados médicos.
- Resolución N.º 52 de 1994, MINSAP. Sobre el Peritaje Médico Laboral.

Sistema de Seguridad Social

La Constitución de la República de Cuba, en lo referente a los derechos, deberes y garantías fundamentales establece que el trabajo es un derecho y un motivo de honor para cada ciudadano, y hace referencia al Sistema de Seguridad Social, a la Asistencia Social y a la protección e higiene del trabajo, respectivamente.

El Estado cubano tiene en cuenta esos derechos, y mediante la administración estatal garantiza material y legalmente al trabajador la protección social adecuada en los casos de enfermedad común o profesional, accidente común o del trabajo, invalidez total o parcial para el trabajo, vejez o para proteger a su familia si ocurre su muerte o existe presunción de muerte por desaparición.

El Sistema de Seguridad Social está compuesto por los dos Regímenes que se definen a continuación:

- Régimen de Seguridad Social, definido en la Ley de Seguridad Social, mediante el cual el Estado ofrece protección al trabajador en los casos de enfermedad o accidente de origen común o profesional, maternidad, invalidez y vejez, y en caso de muerte del trabajador protege a su familia.
- Régimen de Asistencia Social, definido en la propia Ley, para proteger especialmente a los ancianos, a las personas no aptas para trabajar y, en general, a todas aquellas personas cuyas necesidades esenciales no estén aseguradas o que por sus condiciones de vida o de salud requieran protección y no puedan solucionar sus dificultades sin ayuda de la sociedad.

La protección del Estado se manifiesta como Prestaciones, que pueden ser de tres tipos:

- Prestaciones en servicios: asistencia médica y estomatológica, rehabilitación
- Prestaciones en especie: medicamentos y alimentación hospitalaria, aparatos ortopédicos y prótesis.
- Prestaciones monetarias: subsidios o pensiones, por enfermedad, accidente, invalidez o por edad.

De ahí la importancia de poder establecer diferencias en cuanto a si un paciente ha sufrido un accidente del trabajo o común, una enfermedad profesional o común, conceptos que están definidos en las diferentes bases legales.

Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

La Ley N.º 116 o Código del Trabajo, establece en su artículo 129 que:

- El accidente de trabajo es un hecho repentino relacionado causalmente con la actividad laboral, que produce al trabajador una lesión corporal que afecta su capacidad para laboral por una o varias jornadas de trabajo, o la muerte.
- Si el hecho no está relacionado de manera causal con la actividad laboral que desempeña el trabajador, se trata de un accidente común.

Existen otras situaciones, que se equiparan con el accidente del trabajo, y a los efectos legales, aunque por concepto no lo son, a los afectados en esas circunstancias se les garantiza igual protección por la Seguridad Social. Estas equiparaciones son:

- Durante el trayecto normal o habitual de ida al trabajo y regreso de este.
- En el trabajo voluntario promovido por la organización sindical.
- En el trabajo voluntario promovido por las organizaciones de masas hacia la producción o los servicios.
- Salvando vidas humanas o en la defensa de la propiedad o el orden legal socialista.
- En el desempeño de funciones de la Defensa Civil.

– Durante las movilizaciones para cumplir tareas de instrucción militar o servicios de carácter militar.

El artículo 130 de la propia ley establece que:

– La enfermedad profesional es la alteración de la salud, patológicamente definida, generada por razón de la actividad laboral en trabajadores que, en forma habitual, se exponen a factores que causan enfermedades y que están presentes en el medio laboral o en determinados cargos, y que es reconocida en la legislación vigente.
– Si la alteración de la salud del trabajador ocurre sin que se cumplan los requisitos anteriores, se trata de una enfermedad común.

Para establecer que un paciente padece una enfermedad profesional, debe estar presente, el denominado "trípode diagnóstico" conformado por:

– El cuadro clínico, que fundamenta el diagnóstico de la enfermedad que se sospecha.
– Los análisis de laboratorio o exámenes complementarios que confirman el diagnóstico clínico.
– La exposición cierta al agente causal, en el centro laboral.

Además de reunir los requisitos del trípode, la enfermedad debe estar contemplada en la Resolución N.º 283 del MINSAP, donde aparece el listado de las enfermedades consideradas como profesionales. No obstante, si se demuestra que el trabajador se enferma por un agente presente en su medio laboral, aun cuando no esté en esta relación, se podría considerar una enfermedad profesional.

Todas las enfermedades consideradas como profesionales y recogidas en la mencionada resolución, se consideran objeto de declaración obligatoria. Cuando el médico de asistencia de un trabajador considera que la enfermedad es de origen profesional, debe remitirlo al especialista de medicina del trabajo.

Conducta del médico de asistencia ante un paciente que ha tenido un accidente del trabajo o común, o una enfermedad profesional o común

Lo primero que debe hacer el médico de asistencia ante un paciente que ha tenido un accidente del trabajo o común, o una enfermedad profesional o común es brindar la asistencia médica necesaria; después, confeccionar el modelo de certificado médico, según lo establecido en la Resolución N.º 176/89 del MINSAP, que es la norma jurídica donde se establecen las disposiciones a cumplir en su expedición y control.

Además, el médico está en la obligación de orientar al paciente para que realice la legalización del documento en el centro asistencial que lo emite y que, después, lo debe entregar en el departamento de Recursos Humanos de su centro laboral, en cumplimiento de lo legislado al respecto.

Certificado médico o modelo 53-63 del Ministerio de Salud Pública

El certificado médico es el único certificado (entre los existentes) que oficialmente se emplea para acreditar la invalidez temporal de trabajadores y estudiantes, ingreso y egreso hospitalario, gravidez y otro estado de salud.

El modelo consta de tres partes: preámbulo, cuerpo o exposición y fórmula final. En el preámbulo se expone:

- Datos de identidad del paciente asistido.
- Datos del médico que expide.
- Datos de la institución de salud.
- Fecha y hora.

El cuerpo contiene:

- Diagnóstico de la enfermedad, lesión o estado de salud.
- Tratamiento de forma genérica, concisa.
- Si el paciente puede seguir trabajando o si está incapacitado.
- Número de días de incapacidad (en números y letras).
- Si se trata de un caso de enfermedad o de accidente.
- Alguna otra observación de interés.

La fórmula final se compone de:

- Lugar y fecha de expedición.
- Firma y número del registro profesional del facultativo que lo expide.
- Al final se consignan los datos de la persona que lo registra y el número de orden del registro en la unidad asistencial.

Requisitos para la confección del certificado médico

Estas exigencias son generales y se pueden aplicar en la elaboración de cualquier documento medicolegal:

- Se escribe con la letra clara y legible.
- La tinta debe ser de color negro, azul o negro-azul.
- No pueden quedar acápites o espacios en blanco.
- No puede tener borrones, enmiendas ni tachaduras.
- No se escriben siglas ni abreviaturas.
- Si se necesita una enmienda, esta se legaliza con la firma del médico y el cuño de la institución.

Aspectos a tener en cuenta para la elaboración del certificado médico

Los aspectos a tener en cuenta para la elaboración del certificado médico son los siguientes:

- Solo puede ser expedido por médicos y estomatólogos en el ejercicio legal de sus funciones asistenciales.
- Solo puede expedirse a la población del área de atención, o en las instalaciones hospitalarias, con historia clínica e inscripción.
- Solo se expide un solo ejemplar, excepto en los casos de remisión a la Comisión de Peritaje.
- Se expide por invalidez temporal por más de 3 días y hasta 30 días, según lo establecido para cada enfermedad, excepto en los casos que se encuentren hospitalizados, en los accidentes o en la enfermedad profesional.
- No se prescribe reposo por más de 30 días, excepto por egreso hospitalario.
- No se clasifica el tipo de accidente (profesional o común), ya que esa acción es competencia de las administraciones.
- Solo pueden consignar enfermedades profesionales los especialistas en medicina del trabajo; el médico de asistencia lo podrá señalar en el acápite "observaciones".
- No son válidos para el pago de prestaciones de servicio social los certificados médicos expedidos por facultativos en el ejercicio privado de la profesión.
- En caso de enfermedades que excedan los 180 días de reposo se recomienda a la administración del centro de trabajo del paciente, que sea valorado por la Comisión de Peritaje Laboral. No obstante, esta recomendación puede realizarse antes, de acuerdo a la magnitud y evolución de la enfermedad o lesión.
- Si el paciente que es portador de una patología crónica, reside en un municipio lejano, se expide un resumen de historia clínica, cuando deba permanecer de reposo y la reconsulta sobrepase los 30 días, para que el médico de su área indique la continuidad del reposo.

Causas para anular un certificado médico

El certificado médico se puede anular por las causas siguientes:

- Que prescriban reducción de la jornada laboral, régimen de descanso especial, cambio de puesto de trabajo o centro laboral o cualquier otro aspecto que sea de competencia de la Comisión de Peritaje Médico. Se exceptúan los que se emiten a favor de las embarazadas que se ven impedidas de desempeñar el puesto de trabajo que ocupan y deben ser trasladadas temporalmente a otro adecuado a sus posibilidades.

- Se expidan con fecha distinta a la que es examinado el paciente.
- Se expidan sin haber examinado al paciente.
- Se expidan con fines de obtener o facilitar la adquisición de artículos electrodomésticos o de uso personal o casero, o para la prestación de servicios deficitarios.
- Se emita con efecto retroactivo.
- Se expida para justificar invalidez a estudiantes que deben asistir a la escuela al campo.
- Se expidan por estudiantes de medicina o estomatología.
- Que contengan enmiendas o tachaduras.
- Que no sean debidamente registrados o acuñados dentro de las 48 h de su expedición.

Cuando a la dirección de una unidad asistencial, la administración de una entidad laboral le someta a su consideración un certificado médico expedido en dicha institución y en el que se observa alguno de los aspectos señalados antes, lo valora y decide la validez o nulidad de este, en el término de 10 días.

El Código Penal cubano, en su Título VII, Capítulo III, sobre Falsificación de Documentos, expone que:

> El facultativo que expida certificado falso de enfermedad o lesión con el fin de que alguien, indebidamente, obtenga un derecho o el disfrute de un beneficio o se le exima del deber de prestar algún servicio público, incurre en sanción de privación de libertad de tres meses a un año o multa de cien a trescientas cuotas o ambas.
> Y añade que: Si el delito se comete por precio o recompensa material de cualquier clase, la sanción es de privación de libertad de uno a tres años o multa trescientas a mil cuotas.

Ante una reclamación por un certificado médico expedido de forma incorrecta se exigirá la responsabilidad que corresponde al médico certificador. La expedición de este documento requiere de gran responsabilidad por la complejidad de los conocimientos que encierra esta actuación y la trascendencia, tanto para el médico como para el paciente y sus respectivas entidades. Por lo anterior, puede originar situaciones con repercusión económica, o éticas, laborales o administrativas y hasta penales.

Sistema de Peritaje Médico Laboral

El Sistema de Peritaje Médico Laboral está estructurado en comisiones municipales, provinciales y nacional, con su organización y funciones específicas.

Las comisiones deben estar integradas por facultativos de diferentes especialidades, de preferencia por especialistas de: medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, psiquiatría, salud ocupacional y rehabilitación; participan como invitados, representantes de la Dirección del Trabajo y médicos de la entidad laboral, representantes de la administración y de la organización sindical del centro laboral y otros especialistas cuando se requieran.

La Comisión Municipal tienen las funciones siguientes:

- Realizar peritajes en no más de 30 días.

- Prescribir reposo por un periodo no mayor a 6 meses, prorrogables 6 meses más. Al año se evaluará la capacidad laboral del trabajador para dictaminar: invalidez parcial o capacidad para reincorporarse al trabajo.
- Señalar las tareas que el trabajador no puede realizar.
- Examinar a familiares o beneficiarios de la Seguridad Social con derecho a pensión, que aleguen incapacidad.
- Practicar exámenes a beneficiarios de la Seguridad Social.
- Efectuar exámenes periciales a desvinculados laborales que aleguen incapacidad y soliciten pensiones.
- Participar en la Comisión Provincial cuando se requiera valorar a pacientes que permanezcan hospitalizados 90 días o más.

La Comisión Provincial tienen las funciones siguientes:

- Conocer y resolver las reclamaciones en no más de 30 días.
- Asesorar a la Dirección Provincial de Salud.
- Participar en el control de la eficiencia del sistema.

La Comisión Nacional tiene las funciones siguientes:

- Asesorar a las demás comisiones.
- Realizar reexámenes.
- Dictaminar sobre la capacidad de cualquier trabajador, a solicitud del Ministro.
- Asesorar a los funcionarios del MINSAP.

La conclusión de los dictámenes tiene los términos siguientes:

- Invalidez total o permanente.
- Invalidez parcial permanente (se señalan las funciones que no puede realizar).
- Invalidez temporal hasta 6 meses (se señalan las funciones que no puede realizar).
- Invalidez temporal por un periodo de 2 años.
- No existencia de incapacidad.
- Casos especiales: reducción de la jornada laboral.
- Régimen de descanso especial.
- Horario para rehabilitación o recalificación.

Los niveles de jerarquía de los dictámenes son los siguientes:

- El dictamen de la Comisión de Peritaje prevalece sobre un certificado médico.
- El último dictamen prevalece sobre los anteriores.
- El dictamen de la Comisión de nivel superior prevalece sobre el de nivel inferior.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba Edición Ordinaria*. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). *Decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública*. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba Edición Ordinaria* N.º 12. 22 febrero 1988.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009). Ley de Seguridad Social. Ley N.º 105, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Habana, Cuba.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2009). Reglamento de la Ley de Seguridad Social. Decreto N.º 283, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Habana, Cuba.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2013). Código del Trabajo. Ley N.º 116 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Habana, Cuba.

Asamblea Nacional del Poder Popular (2016). De la Maternidad de la Trabajadora. Decreto Ley N.º 339 y 340, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Habana, Cuba.

Calabuig, G. (2006). *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*. 6.ta ed. España: Elsevier.

Constitución de la República de Cuba (2019). *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; La Habana, Cuba.

Lancís, F., Fournier, I., Ponce, F., González, J., Valdés, L., Pons, M. (1999). *Medicina Legal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, Editorial Ciencias Médicas.

Martínez, Y. (2017). La Seguridad Social en Cuba, un derecho ciudadano. *Granma Digital*, Cuba: 2017, julio 22, 10:07:58.

Ministerio de Salud Pública (1994). Sobre el Peritaje Médico Laboral. *Resolución N.º 52.* La Habana, Cuba.

Silva Y., García A., Sierra L., Martínez J. (2018). Un antes y un después de la Seguridad Social en Cuba. *Granma Digital*, Cuba: 2018, junio 14, 23:06:32.

Colectivo de Autores (2014). *Programa de la Asignatura Medicina Legal y Ética Médica*; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Comisión Nacional de Carreras, La Habana, Cuba.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 10

Identidad

Héctor Soto Izquierdo y Dodany Machado Mendoza

La identidad para medicina legal está relacionada en el artículo 24 del Código Civil con lo expresado: Que el individuo de la especie humana adquiere la condición de persona con el nacimiento y la pierde cuando fallece", por eso, en los humanos, los términos identidad individual e identidad personal denotan lo mismo.La identidad es el conjunto de caracteres, condiciones o peculiaridades que sirven para distinguir o diferenciar un individuo del resto. Proviene del latín *idem* que significa "lo mismo".

Identificar es el procedimiento científico-técnico que permite llegar a la identidad tanto relativa como absoluta.

Identidad relativa. Consisten en el conjunto de caracteres que se relacionan con un individuo y no necesariamente son concluyentes para establecer que se trata de un individuo específico (edad, sexo, grupo racial y estatura). Estos aspectos conforman la denominada tetralogía identificativa, aunque existen otros elementos somatoscópicos y somatométricos que también se pueden emplear; tales como, el color del iris, el cabello, más algunos como el tono de voz, la caligrafía, la prótesis, los tatuajes y las cicatrices, entre otros.

Identidad absoluta. Esta establece la individualidad y suele llamarse también identidad personal. Se construye mediante el uso de tecnologías tales como la dactiloscopia, el dentigrama, la iridología, el estudio de las rugosidades del paladar, los estudios imagenológicos (rayos X, tomografía axial computarizada y resonancia magnética), serológicos, inmunológicos y de biología molecular (ADN), siendo este último el de mayor confiabilidad y más costoso en la actualidad para fines forenses.

Las bases legales de la identidad consisten en:

- Constitución de la República.
- Código Civil.
- Código Penal.
- Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral.
- Ley del Registro del Estado Civil.
- Código de la Familia.
- Reglamento General de Hospitales.

Procedimientos para la identidad relativa e importancia medicolegal

Identificación

Son los procedimientos científicos-técnicos que permiten establecer la identidad tanto relativa como absoluta.

Las cuestiones que hacen necesario conocer las características, condiciones o peculiaridades que sirven para distinguir o diferenciar a un individuo de otro son variadas y se realizan con relativa frecuencia en relación con:

- Personas o cadáveres desconocidos.
- Certificación de la muerte.
- Certificación del nacimiento.
- Refugiados y cadáveres repatriados.
- Trámites de herencias y sucesiones.
- Conflictos filiatorios.

La identificación por lo general se inicia con el estudio de los cuatro elementos que constituyen la denominada tetralogía identificativa, empleados para la identificación de un producto de la concepción, una persona o del cadáver.

Todo individuo para ejercer sus derechos y deberes (políticos, civiles, penales, económicos, etc.), debe ser capaz de demostrar a los demás que es la persona que dice ser. En Cuba se emplean para estos fines los siguientes:

- Carné de identidad.
- Certificado de nacimiento.
- Pasaporte.

Existen situaciones problemáticas relacionadas con la identidad, por ejemplo, cuando una persona padece de amnesia, ha extraviado o se han destruido sus documentos de identidad, o se trata de niños abandonados, ancianos, dementes, etc. Asimismo, puede ocurrir después de la muerte en casos de víctimas de desastres masivos, incendios, naufragios, suicidios, accidentes de tránsito; lo que se agrava si se trata de cadáveres desconocidos y de restos humanos.

Atendiendo a su finalidad, la identificación que se hace de personas o de cadáveres (sean recientes, en estado de putrefacción o en reducción esquelética) puede clasificarse como identificación judicial o identificación civil.

La identificación judicial tiene como objetivo fundamental el reconocimiento de personas o cadáveres como un elemento valioso para la prueba judicial. Se realiza por diversos métodos, estos son:

- Dermatoscopia: Es el estudio de la identificación humana por medio de las huellas digitales.

- Palmetoscopia: Consiste en el estudio de las impresiones de las plantas de los pies.
- Señas particulares como las características de la piel (lunares, lesiones patológicas, cicatrices, tatuajes, etc.), del pelo, de las uñas y del iris de los ojos.
- Antropometría: Es la parte de la antropología que trata de las medidas o dimensiones del cuerpo humano.
- Retrato hablado: Es la técnica que consiste en elaborar el dibujo descriptivo de los caracteres físicos de la cara de personas cuya identidad se ignora, fundamentado en datos fisonómicos aportados por familiares, allegados, testigos, víctimas, etc.

La identificación civil se realiza en el marco de una relación jurídica concreta entre las personas, atendiendo a los fines lícitos de la sociedad, de lo cual ya se han expuesto ejemplos al inicio de este tema.

Determinación de la edad y el sexo

Entre los procedimientos medicolegales para calcular la edad en las personas se encuentran los signos anatómicos que se emplean para la identificación. Dentro de estos signos posee una importancia medicolegal particular la estimación de la edad cronológica (cálculo aproximado mediante la valoración de un conjunto de elementos), teniendo en cuenta que es muy aludida en las legislaciones. Para ello se describen los pasos siguientes:

- Paso 1: Interrogatorio intencionado sobre la edad que refiere tener, y otras preguntas dirigidas a verificar o contrastar sus argumentos.
- Paso 2: Examen físico. Empleando la inspección de:
  - Aspecto general.
  - Medidas somatométricas, sobre todo en fetos y niños.
  - Evolución dentaria.
  - Desarrollo piloso.
  - Desarrollo genital masculino.
  - Desarrollo mamario.
  - Desarrollo óseo.
  - Signos de involución.
- Paso 3: Exámenes y fórmulas complementarias (trabajo especializado):
  - Tablas de crecimiento y desarrollo, fórmulas dentarias.
  - Estudios radiográficos para determinar la edad ósea (rayos X de la mano izquierda y epífisis distales del cúbito y el radio).

Se puede utilizar la siguiente guía para evaluar los diferentes parámetros: esquema del brote dentario, el desarrollo piloso, genital, mamario y la edad ósea.

Esquema del brote dentario. La evolución dentaria, la que se determina mediante la valoración del número y tipo de piezas dentales que han brotado, comparándolo con los estándares normales (Fig. 10.1).

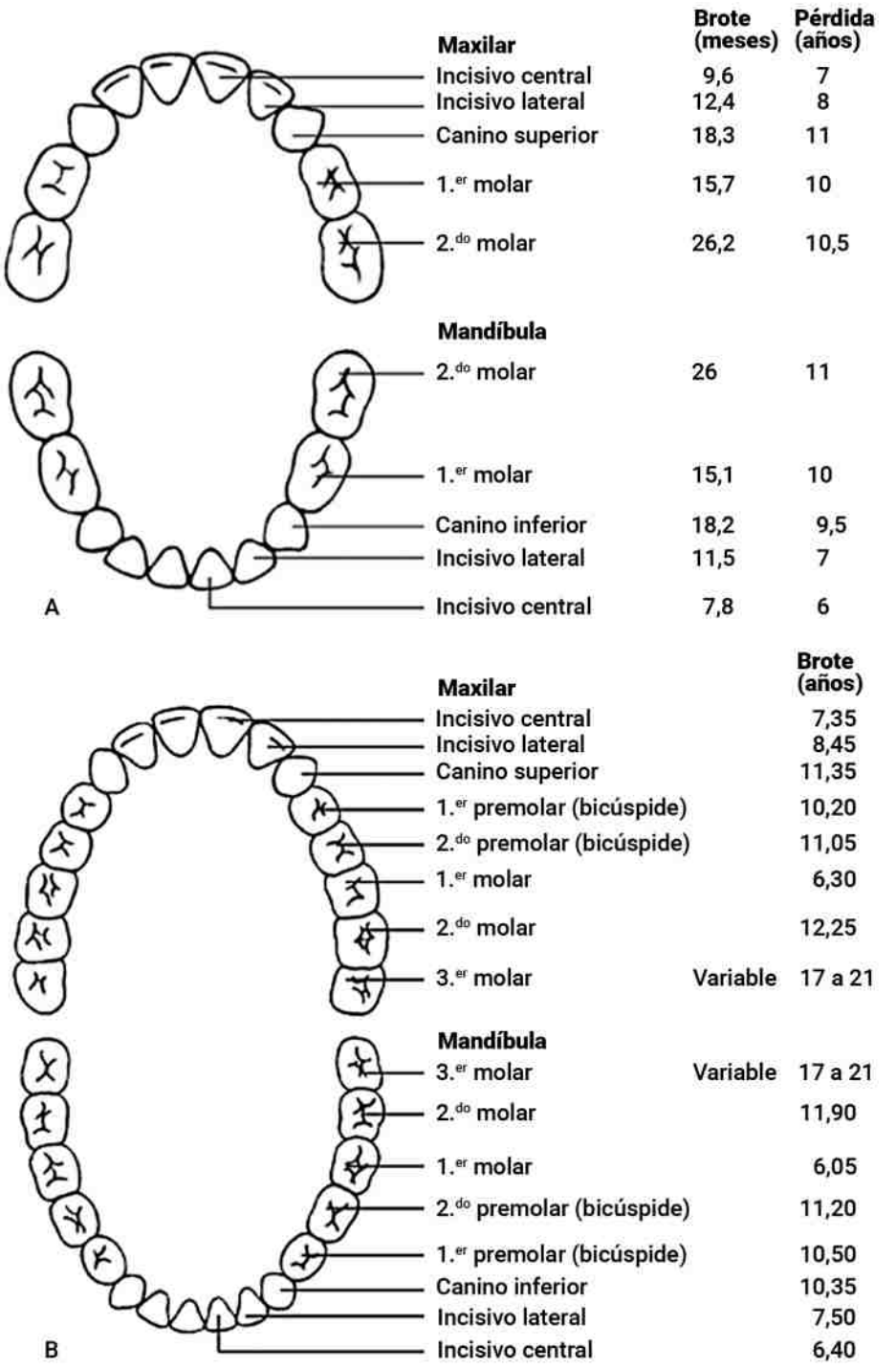


Fig. 10.1. Esquema del brote dentario. A: Dentición temporal; B: Dentición permanente.

Las fórmulas dentarias según la edad son:

6	6		7	7		8	8
6	6		7	7		8	8
24 piezas 6-12 años			28 piezas 12-17 años			32 piezas 18 años y más	

El desarrollo piloso. Se tiene en cuenta la evolución del vello pubiano y el axilar.

Evolución del vello pubiano. Según los criterios de Tanner (Fig. 10.2):

- Estadio 1: El vello pubiano no se ha desarrollado aún (H: menos de 12,7 años, M: menos de 11,5 años).
- Estadio 2: Ligero crecimiento de un vello esparcido, largo y poco pigmentado, suave y lacio; que aparece hacia la base del pene o en el contorno de los labios mayores (H: 12,7-14,1 años, M: 11,5-12,7 años).
- Estadio 3: Vello más oscuro, grueso y encrespado, esparcido sobre la sínfisis pubiana (H: 14,1-15 años, M: 12,7-13,2 años).
- Estadio 4: Vello más esparcido, pero aún no extendido totalmente (H: 15-17 años, M: 13,2-16,5 años).
- Estadio 5: Vello adulto en tipo y cantidad, invade la cara interna de los muslos; presentando una distribución en forma de triángulo de base superior en la mujer y en forma romboidal ascendiendo por la línea media abdominal en el hombre (H: más de 17 años, M: más de 16,5 años).

Evolución del vello axilar. El brote del vello en la axila, aislado y corto, se verifica aproximadamente a los 13 años en la mujer y de los 14 o 14,5 en el hombre.

Desarrollo genital masculino. Según los criterios de Tanner:

- Estadio 1: Los testículos, el escroto y el pene tienen el mismo tamaño y apariencia de la etapa infantil (menos de 11,8 años).
- Estadio 2: Aumenta de tamaño el escroto y los testículos, con enrojecimiento y cambio de textura de la piel del escroto (11,8-13,6 años).
- Estadio 3: Aumento de tamaño del pene, fundamentalmente en longitud, continúa el crecimiento de testículos y del escroto (13,6-14,8 años).
- Estadio 4: Prosigue el crecimiento en longitud y en circunferencia del pene con desarrollo del glande, continúa el crecimiento de testículos y del escroto con oscurecimiento de la piel de este último (14,8-16,7 años).
- Estadio 5: Los órganos genitales adquieren el tamaño y las proporciones del adulto (más de 16,7 años).

El desarrollo mamario. Según criterios de Stratz (Fig. 10.3):

- Estadio 1: La areola del pezón se encuentra al nivel de la piel y solo el pezón está elevado (menos de 10,8 años).

- Estadio 2: El pezón y la areola se elevan (botón mamario) (10,8-12,3 años).
- Estadio 3: Elevación de la piel de la areola y el pezón (mama primaria) (12,3-15 años).
- Estadio 4: Pezón elevado y areola marcada solo por pigmento no por relieve (mama secundaria o adulta) (más de 15,0 años).

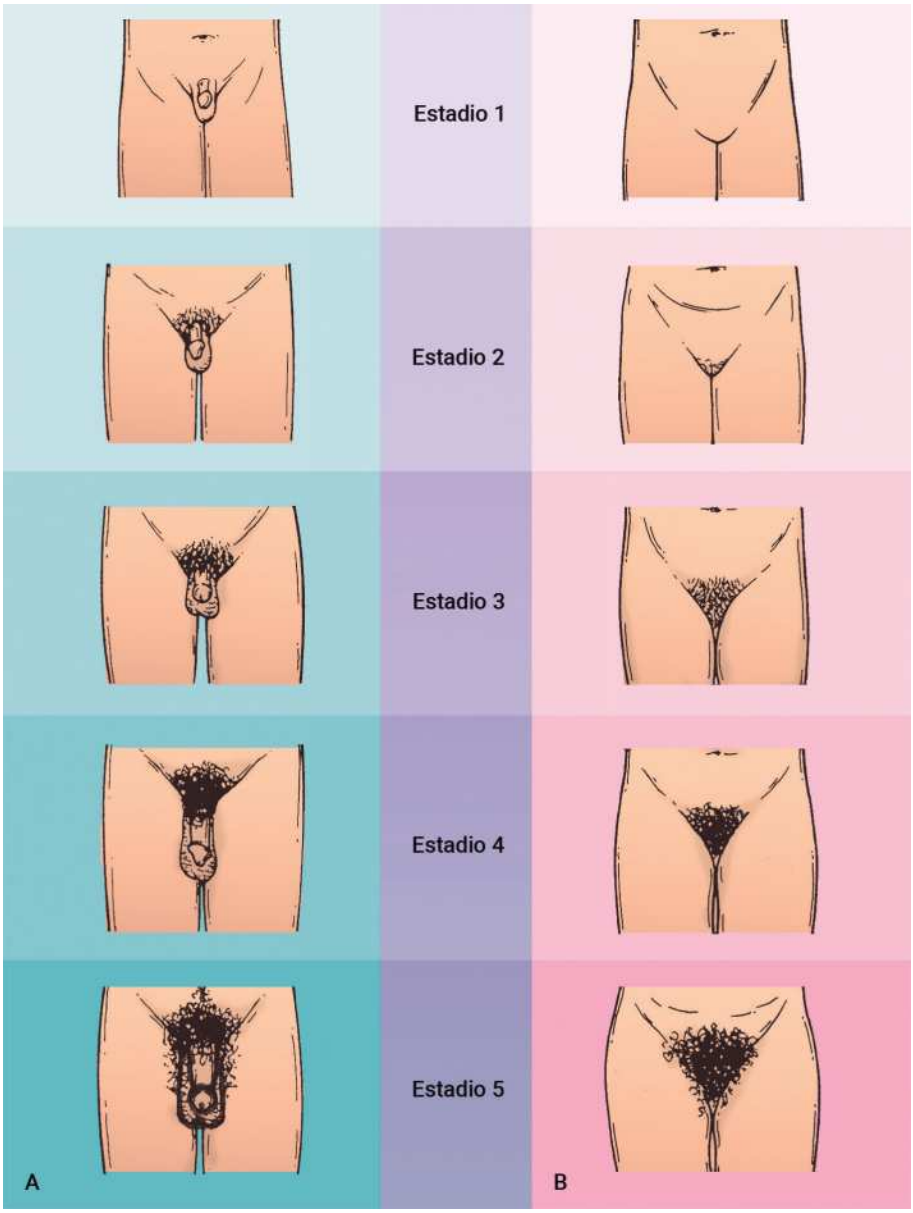


Fig. 10.2. Esquema del desarrollo piloso. A: Desarrollo en el sexo masculino; B: Desarrollo en el sexo femenino.

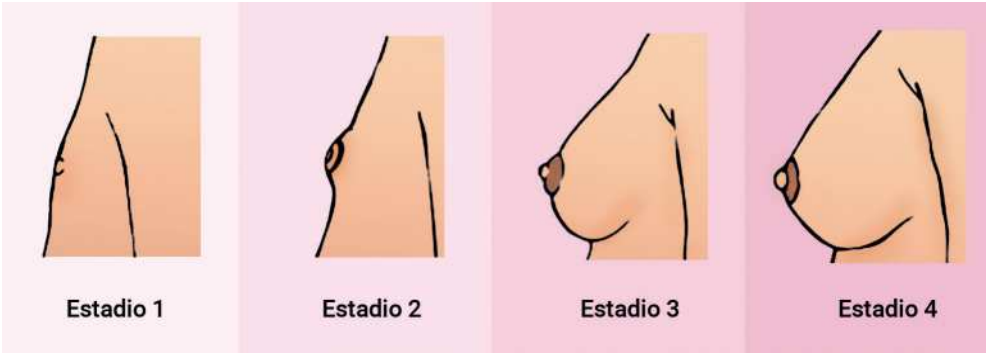


Fig. 10.3. Desarrollo mamario según estadios.

La edad ósea. Se calcula mediante la evaluación del desarrollo del esqueleto, valorando el crecimiento óseo, la aparición de los puntos de osificación, la unión de las epífisis con las diáfisis, las sinostosis de los huesos craneales, los cambios degenerativos, etc. En el caso de los niños, adolescentes y jóvenes es muy útil la evaluación del estado de maduración ósea. Esta se realiza mediante el estudio radiográfico de los puntos de osificación de la mano y de las epífisis distales del cúbito y del radio. Para ello se emplea de manera convencional el lado izquierdo, pudiendo usarse los patrones del método del atlas de Greulich y Pyle, el de Tanner Whitehouse II o los existentes sobre la maduración ósea de la población cubana.

Los signos de involución son:

- 35 años: Canas aisladas en regiones temporales.
- 36 años: Arrugas "patas de gallina" en el ángulo externo de los ojos.
- 40 años: Arrugas alrededor de la boca.
- 45 a 50 años: Ramillete de pelos en trago (Bárbula Hirci), pelos en la nariz, así como cejas copiosas y largas.
- 50 a 55 años: Canas aisladas en el pubis.
- Más de 60 años: Halo senil o gerontoxón; piel delgada, seca, escamosa; manchas, queratosis o púrpuras seniles y en las mujeres pelos en el mentón, mejillas, labio superior y orejas.

Edades de mayor interés medicolegal

En cuanto a las edades de mayor interés medicolegal se conforman desde el punto de vista siguiente (Tablas 10.1-10.3):

- Del derecho penal.
- Del derecho civil.
- Del derecho laboral.

Tabla 10.1. Edades de mayor interés en el derecho penal

Edad	Derecho Penal
12 años	En menores de 12 años, se integra el delito de violación, aunque exista consentimiento de la víctima, pues este es no válido jurídicamente
14 años	En menores de 14 años, se integra el delito de pederastia con violencia
16 años	A esta edad se adquiere la mayoría de edad en lo penal, o sea se le exige responsabilidad ante un acto punible Entre 14 y 16 años, se integra el delito de estupro
18 años	Entre 16 y 18 años, los límites de la sanción penal pueden ser reducidos hasta la mitad
20 años	Entre 18 y 20 años, los límites de la sanción penal pueden ser reducidos hasta en un tercio A menores de 20 años no puede imponerse la pena de muerte
60 años	A los acusados mayores de 60 años, el límite mínimo de la sanción de privación de libertad puede rebajarse hasta en un tercio

Tabla 10.2. Edades de mayor interés en el derecho civil

Edad	Derecho Civil
14 años	La hembra puede contraer matrimonio
16 años	El varón puede contraer matrimonio
18 años	A esta edad se adquiere la mayoría de edad en lo civil, o sea la capacidad que permite realizar cualquier acto Edad establecida para obtener la licencia de conducción
25 años	Capacidad para poder adoptar un niño (entre este y sus padres adoptivos ha de existir una diferencia de al menos 15 años. Los adoptados solo podrán ser menores de 16 años (Código de la Familia)

Tabla 10.3. Edades de mayor interés en el derecho laboral

Edad	Derecho Laboral
15-16 años	Se puede autorizar a trabajar de manera excepcional, siempre que cumplan los requisitos establecidos
17 años	Inicio de la edad laboral
60 años	Jubilación de las mujeres
65 años	Jubilación de los hombres

El médico para certificar la defunción de una persona que no posee documentos de identidad, debe estimar su edad, porque es uno de los acápites que necesariamente hay que llenar en el correspondiente certificado.

Otra característica importante de la tetralogía que se tiene en cuenta para el establecimiento de la identidad es el sexo. La Ley de Registro del Estado Civil exige que en el acta de inscripción de nacimiento se determine y haga constar el sexo como masculino o femenino, y no se acepta su omisión o indeterminación. El diagnóstico medicolegal del sexo requiere de un estudio completo de cada caso, en la persona o en el cadáver.

Los elementos de probabilidad para el diagnóstico del sexo son:
- Hábito general.
- Psiquismo.
- Conformación de los genitales externos.

Los elementos de certeza para el diagnóstico del sexo son:
- Caracteres anatómicos.
- Caracteres funcionales.
- Cariotipo.
- Sexo cromatínico.
- Sexo hormonal.

Grupo racial, ancestralidad o filiación racial

La concepción de grupo racial, ancestralidad o filiación racial es una expresión biológica compleja, no reducida solo al color de la piel, aunque es su manifestación más ostensible y de importante aplicación en la identidad individual.

En la actualidad, los antropólogos reconocen tres grandes grupos denominados: europoide, negroide, mongoloide y el mestizaje corresponde al cruzamiento entre estos (Tabla 10.4).

Tabla 10.4. Algunas características morfológicas de los tres grupos raciales principales

Europoide	Negroide	Mongoloide
Cara oval, frente ancha y alta, nariz pequeña y dientes perpendiculares	Cara alargada, frente estrecha, nariz ancha y aplanada, labios gruesos, boca grande y esclerótica amarilla	Cara ancha y aplastada, pómulos salientes, nariz aplastada y ojos rasgados

Situaciones de desastres

Ante una situación de desastre, el personal médico debe apoyar el trabajo de identificación de cadáveres, teniendo en cuenta la solicitud previa por parte de las autoridades sanitarias o judiciales. Para esto debe tener presente diversos elementos útiles para dirigir la entrevista a los familiares o allegados.

El médico debe tener en cuenta lo siguiente:
- Reconocimiento visual de señales corporales individuales.
- Otras acciones que el personal médico puede realizar en función de auxiliar el trabajo especializado de identificación en casos de desastres son las siguientes:
  - Fijar la ubicación del cadáver en el lugar donde aparece (y en el depósito, para que pueda presentarse para el reconocimiento).
  - Conservar las prendas de vestir (no desvestir el cuerpo en el lugar del suceso).
  - Conservar el contenido de los bolsillos (no extraerlos en el lugar del suceso).

- Conservar y no retirar del cuerpo las joyas y alhajas.
- Fijar el biotipo.
- Estimar la edad aparente.
- Registrar (anotar) todas las señales corporales individuales (alteraciones o lesiones patológicas o traumáticas en la piel); por ejemplo, lunares, tatuajes, cicatrices, enfermedades cutáneas o afecciones del cabello o de las uñas, incluyendo las huellas de accidentes de trabajo o alteraciones de origen ocupacional y las alteraciones de origen patológico.

Para establecer la identidad personal, el médico puede contribuir proporcionando información de los antecedentes patológicos personales o familiares (o ambos) de la persona o cadáver a identificar; por ejemplo, si presentó alguna fractura o deformidad ósea, estudios radiográficos anteriores, la ficha dental, entre otros, que se emplean para comparar con los hallazgos en el examinado.

Bibliografía

Colectivo de autores (1999). *Medicina Legal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, Cuba.

Comas, J. (1983). *Manual de Antropología Física*. México: UNAM.

Gisbert Calabuig, J.A. (2005). *Medicina Legal y Toxicología*. 7.ma ed. Barcelona, España: Editorial Masson SA, p. 1377.

Pospísil, M. (1965). *Manual de prácticas de Antropología Física*. Ed. C.N.U., pp. 32-67.

Rebato, E., Susanne, Ch., Chiarelli, B. (2005). *Para comprender la Antropología Biológica*. España: Editorial Verbo Divino, p. 388.

Reverté Coma, J.M. (1999). A*ntropología Forense*. España: Editorial Ministerio de Justicia. p. 1056.

Villanueva Cañadas, E. (2019). *Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología*. 7.ma ed. España: Editorial Elsevier Castellano, p. 1484.

Capítulo 11

Genética forense

Maritza Domínguez Méndez

La genética forense es la subespecialidad de la genética que comprende la aplicación de las técnicas de biología molecular, utilizando el ADN (ácido desoxirribonucleico) y la medicina legal, para resolver ciertos problemas judiciales entre los que se encuentran: los problemas de identificación (antropología molecular y genética de las poblaciones), la investigación biológica de la paternidad, las pericias de criminalística biológica (estudio de vestigios biológicos de interés criminal como manchas de sangre, esperma, pelos, entre otras) y las bases de datos de ADN para la identificación criminal.

Antecedentes históricos de la genética forense

Desde el descubrimiento por Alec Jefffreys y colaboradores en 1985, de las regiones polimórficas en el ADN no codificante (regiones con gran variabilidad entre los individuos), ha habido una evolución continua de la tecnología y de los marcadores genéticos moleculares, desde los minisatélites, microsatélites STR (del inglés *short tandem repeats*), que son los más utilizados en la actualidad, los polimorfismos de los cromosomas sexuales, el ADN mitocondrial y más recientemente los polimorfismos nucleotídicos simples (SNP); por lo que quedó en un antes y un después la evolución de la genética forense.

Aplicaciones de la genética forense

El ADN presenta características específicas que lo hacen una herramienta fundamental en la identificación forense, entre estas:

- El carácter mendeliano de transmisión (la mitad del ADN presente en cualquier núcleo celular procede del padre y la otra mitad de la madre).
- En ausencia de mutaciones, se mantiene constante en toda la vida del individuo.
- Es idéntico en todas las células.
- Permite su estudio en múltiples muestras biológicas (piel, musculo, huesos, cabello, saliva, sangre, líquido amniótico, semen, orina, etc.).
- Alta estabilidad (inalterable frente a factores ambientales (luz, temperatura, humedad, etc.), hacen que pueda ser estudiado en tejidos de miles de años de antigüedad o en estado de putrefacción.

La información almacenada en estas regiones no codificantes, generan los perfiles genéticos (conjunto de características hereditarias para un amplio número de marcadores genéticos que posee un individuo, detectable en cualquier muestra biológica que de él provenga). El proceso se lleva a cabo por comparación, en los casos de sospechosos de delitos: se realiza entre el perfil genético obtenido de indicios o muestras y el genotipo de un individuo o evidencia orgánica; en el caso de identificación de cadáveres (ejemplo, personas desaparecidas) se contrastan los resultados con familiares cercanos, padres e hijos, fundamentalmente, o con perfiles obtenidos de muestras de los objetos del individuo. Cuando se trata de identificación por accidentes masivos o catástrofes, el procedimiento, en ocasiones, requiere de la identificación por separado de distintos restos cadavéricos (no existe integridad del cadáver), continuando el mismo proceso de comparación. Si se analiza una paternidad biológica, se comparan los perfiles del hijo(s), con el supuesto padre(s) o familiares cercanos, según corresponda el proceso.

Es de interés destacar que el éxito de los avances en estas técnicas depende de las normativas básicas establecidas para la correcta toma y conservación de las muestras biológicas, asegurando el traslado a los laboratorios en óptimas condiciones para su análisis. Los profesionales que intervienen deben responsabilizarse con la cadena de custodio, evitando la degradación y la contaminación de estas.

Conflictos de filiación e investigación biológica de la paternidad

La filiación es un aspecto legal obligatorio que constituye la identidad oficial de un individuo. Esta identidad figura inscrita en el Registro del Estado Civil. De la paternidad biológica deriva el ejercicio de la paternidad jurídica, sobre la que concurren circunstancias de tipo sociofamiliar (fundamentalmente de la patria potestad) que constituyen el marco regulador de las relaciones paternofiliales. Estas a su vez aseguran la supervivencia de la unidad familiar como célula primaria de la estructura social humana.

Ha sido la propia evolución de la sociedad la que, partiendo de las características socioculturales de cada nación, ha establecido las normas jurídicas que regulan las relaciones paternofiliales, estableciendo las obligaciones y deberes de cada uno de los progenitores para con su descendencia, así como los derechos de cada individuo de conocer quiénes son sus padres.

Comportamiento de las bases legales de la filiación en Cuba

En Cuba, el Estado garantiza mediante procedimientos legales la determinación de la filiación. Dentro de las leyes y códigos promulgados existen disposiciones muy específicas

al respecto, entre las que se encuentran: el reconocimiento y la inscripción del menor, que todos los hijos tienen iguales derechos sean habidos dentro o fuera del matrimonio (quedando anulada toda calificación sobre naturaleza de la filiación), la posibilidad de la impugnación al reconocimiento, entre otras. Lo que se encuentra explícito en la Constitución de la República de Cuba, el Código de Familia, la Ley del Registro del Estado Civil y el Código del Trabajo.

Principales conflictos de filiación

Las relaciones paternofiliales generan en ocasiones los llamados conflictos filiatorios o conflictos de paternidad, los que en la práctica pueden presentarse bajo diferentes formas legales, por lo general vinculados al establecimiento de la "paternidad" y en menor medida de la "maternidad", dado que esta última queda probada por lo común, desde el punto de vista jurídico, con el hecho del embarazo y el parto. Esto genera un proceso pericial, que en el campo de lo civil se encuentran los estudios de familiaridad (linaje familiar), los más utilizados con fines de herencias y la determinación biológica de la paternidad o maternidad. En el campo de lo penal, los delitos sexuales (violación, incesto y estupro), cambio de cunero e identificación personal.

Clasificación de los conflictos de filiación

De manera general, los conflictos de filiación se pueden clasificar en cuatro tipos o variantes:

- Reclamación de la paternidad: Un sujeto que alega ser el padre biológico de una persona cuya paternidad le ha sido adjudicada a otro.
- Impugnación de la paternidad: Un sujeto que niega ser padre biológico de un hijo que le han adjudicado.
- Paternidad discutida: Cuando dos o más sujetos cohabitaron con la misma mujer en la fecha del posible coito fecundante y no sabe cuál de ellos puede ser el padre.
- Reclamación e impugnación tanto de la paternidad como de la maternidad: Cuando se sospecha un cambio de recién nacido en el cunero del hospital y padre-madre impugnan el hijo que le han adjudicado y reclaman otro que suponen sea su verdadero hijo.

Los estudios de paternidad pueden ser simples o complejos. En los primeros participan la madre (aunque no siempre es necesaria su presencia), el hijo(s), y el o los supuestos padres. En los casos que el padre se encuentre ausente (fallecido, desaparecido), se está en presencia de una paternidad compleja y es necesario la reconstitución del genotipo o perfil genético, a partir de familiares próximos, restos óseos o muestras indubitadas (células presentes en objetos de uso personal) o de muestras clínicas (las que por alguna razón se encuentran almacenadas o guardadas, como son los bancos de espermas, las transfusiones de sangre, etc., y se tenga la certeza que pertenezcan al individuo en cues-

tión). Otras de las alternativas de estudio de la paternidad compleja se presentan con la madre, el hijo(s) y los abuelos paternos, es la llamada abuelidad. Si el individuo a filiar es del sexo masculino, se realizan estudios con el cromosoma Y, que sigue la línea paterna, interviniendo abuelo paterno, hermanos varones del padre, etc. Cuando están ausentes la madre y el padre, puede realizarse el estudio con los hermanos de la persona a filiar, la llamada hermandad, permitiendo verificarse el vínculo biológico.

También se puede determinar la paternidad en embriones producto de violaciones, en mujeres con más de un compañero sexual o embarazadas producto de violaciones. En estos casos, la toma de muestra se realiza por la biopsia de las vellosidades coriales antes de las 10 semanas de gestación y, después, por toma de líquido amniótico. Estas técnicas están bien desarrolladas y son utilizadas para el diagnóstico prenatal de alteraciones cromosómicas o enfermedades hereditarias, aunque no se resta la importancia a la relación riesgo beneficio, ya que son métodos invasivos que implican algún riesgo para la integridad maternofetal.

Los estudios de paternidad, en un inicio, se fundamentaban en marcadores antropológicos o de comparación del parecido físico entre el hijo y el padre o supuesto padre biológico. Este aspecto fue controvertido desde sus inicios, poco idóneo y arbitrario, que lo hacía carente de fiabilidad, por no estar científicamente demostrados los patrones de herencia de estos rasgos. Después se iniciaron los estudios con el análisis de los grupos sanguíneos, proteínas séricas leucocitarias y eritrocitarias, y más tarde, con el sistema de antígenos leucocitarios humanos (HLA); pero, la certeza que se obtenía con estos estudios, era más bien para las exclusiones de la paternidad y no para las inclusiones.

Técnicas utilizadas para determinar la filiación

El avance tecnológico y científico de los marcadores genéticos moleculares por medio del estudio del ADN, ha permitido establecer la determinación del perfil genético permanente e inequívoco de un individuo, lo que admite su diferenciación con el resto de sus congéneres en cualquier momento de la vida, incluso una vez fallecido. Esto hace que sean derogados todos los estudios que hasta el momento se realizaban para la resolución de los conflictos filiatorios. Por lo que el estudio de polimorfismos de ADN es la investigación que se efectúa en la actualidad para la determinación biológica de la paternidad o prueba.

Este estudio como se explicó, se fundamenta en comparar los perfiles genéticos (de ADN) del presunto padre y del hijo(a). A partir de la toma de la muestra, que, en los casos de paternidad simple, se requiere de la presencia física de todos los implicados (madre, hijo(s), supuesto(s) padre(s), en la que forma parte esencial el consentimiento informado por escrito. En caso de los menores de edad, el consentimiento informado será firmado por uno de los padres, tutor o tutores legales.

Las muestras pueden proceder de punción venosa, se toma unos 5 mL de sangre que deben introducirse en un tubo que contenga un anticoagulante tipo EDTA o por punción

dactilar, con una aguja o lanceta quirúrgica se pincha la cara anterior de algún dedo de la mano y las gotas de sangre se depositan sobre un papel secante. Lo normal es depositar de 3 a 4 gotas de sangre y dejarlas secar a temperatura ambiente en un lugar protegido, otra forma puede ser por medio de células epiteliales bucales (saliva) frotando la parte interna de los carrillos con hisopos estériles en seco, se realizan dos tomas (con un hisopo se frota la cara interna del carrillo derecho y con el otro, la cara interna del carrillo izquierdo). Los hisopos, correctamente identificados, deben dejarse secar a temperatura ambiente en un lugar protegido. Es fundamental no introducirlos en las fundas hasta que no estén totalmente secos, ya que en la saliva hay bacterias que proliferan rápido con la humedad, y ocasionan la degradación del ADN.

En los casos de paternidad compleja, la toma de la muestra será en condescendencia a cada caso en particular (construcción de perfiles genéticos por familiares próximos, restos cadavéricos u objetos). Una vez recogidas las muestras, se mantienen las adecuadas precauciones para su mantenimiento y conservación (garantizando la autenticidad, integridad, la no contaminación, la privacidad y confidencialidad) hasta el inicio del proceso tecnológico en los laboratorios, mediante la llamada cadena de custodio. Cada laboratorio crea sus propias normativas de trabajo, en caso de los laboratorios con perfil forense, deben estar acreditados, con una adecuada certificación para el trabajo y la realización de los controles de calidad.

Una vez terminado los procesos tecnológicos (extracción y purificación del ADN, cualificación y cuantificación, reacción en cadena de la polimerasa o PCR), se inicia el proceso de análisis por medio de la construcción de los perfiles genéticos, que deviene en una exclusión de la paternidad (en caso que no coincidan los perfiles genéticos), o en una inclusión como padre biológico. En este último caso se realiza entonces el análisis estadístico o cálculo probabilístico (a través del teorema de Bayes), ofreciéndose los resultados por lo general con una precisión correspondiente al 99,99 %. Concluye el proceso con la emisión del dictamen en correspondencia a la entidad que pide el peritaje o la investigación biológica de la paternidad. El cual, además del perfil genético de cada individuo, debe reflejar la firma a la que pertenecen los marcadores de ADN utilizados, la población de base para el cálculo de las frecuencias alélicas utilizadas (en caso de exclusión, la cantidad de marcadores excluyentes) y de inclusión, el resultado de los cálculos del índice de paternidad acumulado y la probabilidad de la paternidad con que se cierra el estudio (99,99 %).

Funciones del médico general en los conflictos filiatorios

Una vez establecido el conflicto de filiación en la comunidad, el papel fundamental del médico general estriba en convertirse no solo en orientador, sino en un consejero de todas aquellas personas involucradas en este; ya que constituye un obstáculo para el cabal

disfrute de los derechos que le asisten a la niñez, y afecta el adecuado desenvolvimiento del bienestar físico, social y psicológico de la familia en general.

En Cuba, atendiendo a los derechos del niño y la familia como núcleo esencial de la sociedad, los implicados en el conflicto deben ser encaminados a iniciar el trámite legal contratando los servicios de un abogado que los represente, quien será el encargado de tramitar todo el proceso con el Tribunal Municipal Popular; quien, a su vez, presentará dicha petición al Tribunal Supremo, que constituye, hasta el momento, el órgano con la competencia jurídica para su solución. Este decidirá si se realiza el estudio molecular del ADN (test de paternidad o prueba biológica de paternidad), como prueba pericial, y realizará la solicitud a la Comisión de Identificación del Instituto de Medicina Legal (IML); los que, a través de su comisión de paternidad, realizarán el proceso correspondiente a la determinación biológica de la paternidad.

En la actualidad debe valorarse, que estos estudios son sumamente costosos para Cuba, lo que deriva en ocasiones serias dificultades en su empleo. A pesar de que la política del estado permite el amplio desarrollo de la salud, la accesibilidad y equidad a todos sus ciudadanos a los beneficios de las nuevas tecnologías, se ve sujeta al bloqueo imperialista que impide el libre comercio. Por lo tanto, la posibilidad de adquisición de los métodos, medios y equipamientos para la realización del peritaje biológico (perfil genético), que en la actualidad se encuentran en disposición solo por medio de grandes transnacionales, en su mayoría con patentes norteamericanas (monopolización de las patentes por los grandes laboratorios científicos). Ello favorece un nuevo neocolonialismo, presentándose entonces el llamado conflicto de no accesibilidad, por omisión, consecuencias de la globalización de la economía, con las subsecuentes limitaciones y privaciones de todos los actores (estado, familia e individuo), al desarrollo científico-tecnológico en materia de investigación, para la solución de casos forenses, entre los que se encuentra la investigación biológica de la paternidad.

Bibliografía

Amaro, F. (2002). Introducción de los marcadores del sistema múltiple de Promega STR III en los estudios de paternidad en Cuba. Tesis para optar por el Título de máster en Bioquímica. Facultad de Biología, Universidad de La Habana.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1975). Código de Familia: Ley N.º 1289, de 14/02/1975. Editorial Orbe, pp. 73, 1980.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1987). Ley N.º 59 Código Civil 13 de octubre de 1987.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (2019). Constitución de la República.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1979). Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral. Editorial Orbe, p. 198.

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1989). Ley del Registro del Estado Civil, Ley N.º 51 de 15/07/1985. Ediciones ENPES, p. 94.

Bravo, M. L. (2011). *Legitimidad de la paternidad biológica*. Centro de Genética Forense Departamento de Biología Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Antioquia. Memorias. Disponible en: URL: http://www. cienciasforenses.com. Revisado el 7 noviembre 2018.

Bravo, ML.Y. (2005). *Legitimidad de la Paternidad Biológica. Memorias*. Centro de Genética Forense. Departamento de Biología. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales Universidad de Antioquia. Disponible en URL. http:// www. cienciasforenses.com. Revisado noviembre 2007.

Carracedo, A., Huget, E. (2005). Investigación Biológica de la Paternidad. En: Gisbert Calabuig. *Medicina Legal y Toxicología*. 6.ed. Barcelona: Masson. pp. 1327-1334.

Lorente, M., Lorente, J.A., Villanueva, E. (2000). Identificación Humana y Medicina Legal: Consideraciones éticas y jurídicas. En: *El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica*. Editorial Comares.

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 12

Tanatología forense

Alejandro Caral Gutiérrez, Halina Pérez Álvarez y Marlene Basanta Montesinos

La tanatología, palabra derivada del griego (*tanatos*, significa muerte; *logos*, equivale a estudio) es la parte de la medicina legal que se ocupa de todas las cuestiones referentes a la muerte y el cadáver.

La muerte determina la transformación de un ser que vive (persona) en un cuerpo carente de vida (cadáver). Esta transformación trae como consecuencia problemas biológicos, sociales y jurídicos, a los que se añaden los filosóficos, religiosos, morales y sanitarios. Todas estas cuestiones se entremezclan cuando el cadáver y la muerte se estudian con determinado interés medicolegal. Una definición muy sencilla es la que establece que "la muerte es el cese del conjunto de actos o fenómenos que constituyen lo que llamamos vida".

La vida equivale a un complejo conjunto de fenómenos bioquímicos que siguen unas leyes fijas, y cuyo normal funcionamiento se traduce en un equilibrio biológico y fisicoquímico y en una constancia de valores orgánicos. Cuando ocurre la muerte, esas leyes dejan de cumplirse y el cuerpo humano queda en estado inerte, sufriendo las influencias de orden físico, químico y microbiano del medio ambiente y aun de su propio medio interno.

En el ámbito de la medicina legal, el estudio de la muerte está vinculado a las muertes violentas o sospechosas de criminalidad y, por tanto, a los llamados delitos contra la vida.

Según pauta el Código Penal los delitos contra la vida son los siguientes:

- Homicidio: Consiste en la muerte de una persona por otra.
- Asesinato: Es la muerte de una persona por otra, cuando existe premeditación, ensañamiento, alevosía, entre otros.
- Auxilio al suicidio: El que preste auxilio o induzca a otro al suicidio.
- Aborto ilícito: El que se realice fuera de regulaciones de salud, con o sin autorización de la grávida.

Muerte

La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un verdadero proceso, en el que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia tan gradual y silente que escapa por lo general a la observación. Se admite que la vida se extingue con las funciones

respiratorias y circulatorias; pero, científicamente no es exacto, pues se ha observado el latido del corazón en sujetos con lesión encefálica, por lo que se considera que la muerte no es un momento, sino un verdadero proceso, pues los actos vitales, tan diversos por su naturaleza, no se extinguen todos a la vez. Primero suceden en las manifestaciones funcionales resultantes de un mecanismo delicado y complejo, y más tarde, los de la vida vegetativa, lo que, igualmente, es variable atendiendo al grado de sensibilidad de cada tejido a la ausencia de oxígeno.

Múltiples son los conceptos de muerte que se han dado en el curso de la historia y que se expresan a continuación:

- Lacassagne (1906) (citado por Gisbert Calabuig, 1998) planteaba que "es el cese de las funciones nerviosa, circulatoria, respiratoria y termorreguladora."
- Thoinot (1928) (citado por Gisbert Calabuig, 1998) de manera más terminante expresaba: "la vida se acaba con la extinción de las funciones respiratoria y circulatoria, sobreviviendo, en general, la acción cardiaca a la pulmonar."
- Piedelievre y Fournier (1963) (citado por Gisbert Calabuig, 1998) dijeron que "aparentemente la muerte está caracterizada por la detención del corazón, de la respiración y de la motilidad."
- Gerin y Merli (1971) (citado por Gisbert Calabuig, 1998) expresaron que "la muerte puede ser definida como la detención total y definitiva de toda actividad cerebral, constada directa o indirectamente."

Como se puede observar, en los diferentes conceptos emitidos se da valor a un determinado sistema u órgano, como el sistema nervioso, el corazón y el pulmón, lo que hoy se concentra en el encéfalo como centro vital superior determinante de las relaciones sociales del sujeto, y, por ende, de la verdadera "vida".

Terminología tanatológica

Muerte natural

La muerte natural es la debida a enfermedad, debilitamiento progresivo de las funciones vitales o la senectud, y es sinónimo de la muerte mal llamada patológica. No intervienen en su origen fuerzas o agentes ajenos al organismo, excepto los gérmenes, y no hay violencias en su ocurrencia. No hay culpabilidad de terceros, excepto la que pueda derivarse de una responsabilidad médica.

Muerte violenta

La muerte violenta es la debida a agentes externos traumáticos o violentos, son las muertes venidas de afuera. Determinación activa o pasiva en su desencadenamiento. Existe siempre en esta una etiología medicolegal, y de acuerdo a ello puede ser:

- Accidental: Hecho fortuito, casual, no intencional, por lo general imprevisto. No interviene la voluntad ajena o propia para ocasionar el hecho, pero puede existir

responsabilidad penal o civil. Muchas veces asociado a la negligencia, imprudencia, violación de las normas o reglamentos o falta de previsión. Exteriorización de fuerzas de la naturaleza (inundaciones, terremotos, etc.).
- Suicida: Es la muerte autoprovocada o intencional, o sea, existe intervención de la propia víctima en el mecanismo traumático violento responsable de la muerte.
- Homicida o criminal: Homicidio es la muerte de una persona por otra.
- Judicial: Ejecución mediante la sanción de pena de muerte.
- Por investigar: Se trata de una evidente muerte violenta, pero no existen todos los elementos que permiten inclinarse por una etiología de las antes referidas, por lo que debe profundizarse en la investigación para tratar de definir la causa real.
- Muerte súbita o imprevista: Es la muerte natural que ocurre en un sujeto aparentemente sano, en un tiempo corto. Por lo general, en la autopsia se podrá comprobar la patología que la determinó. Este concepto medicolegal se diferencia del establecido en cardiología que establece como súbita la que ocurre en individuos con antecedentes cardiovasculares; pero, en un periodo determinado, que se ha ido ajustando a la evolución de la clínica.
- Muerte repentina: Cuando ocurre el fallecimiento de un paciente que se encontraba enfermo, pero no se esperaba que falleciera en ese momento de su evolución.

Muerte por inhibición

La muerte por inhibición constituye uno de los problemas más controvertidos de la práctica medicolegal, dado que se trata de una muerte que acontece en un individuo aparentemente sano en un periodo corto.

Es la muerte que sobreviene brusca o rápido tras un estímulo periférico relativamente simple, y por lo común inocuo. El estímulo puede consistir en un traumatismo mínimo o una excitación periférica leve sobre zonas reflexógenas de la piel, las mucosas y las serosas de algunas áreas como el cuello, el abdomen, la laringe, el seno carotideo, el estómago, los testículos, el cuello del útero y una autopsia negativa, conforman la tríada diagnóstica.

Como elementos predisponentes se plantean que ocurren en individuos muy vagotónicos susceptibles a estas reacciones. Muertes en niños o en las primeras horas del día, durante el periodo digestivo, estados emotivos como el terror o la sorpresa.

Algunos autores lo explican a partir de que el estímulo se propaga a las formaciones reticulares y al hipotálamo, y causa vasodilatación generalizada en especial del territorio venoso esplácnico, con caída brusca de la tensión arterial y una respuesta vegetativa con vasodilatación paralítica y desequilibrio circulatorio irreversible.

Otras definiciones o conceptos de muerte

Otras definiciones o conceptos para clasificar el proceso de ocurrencia de la muerte son los siguientes:
- Muerte sospechosa: Cuando existen indicios de criminalidad.

- Muerte biológica: Es el cese irreversible de las funciones vitales.
- Muerte real: Es sinónimo de la muerte biológica, también llamada "muerte verdadera".
- Muerte aparente: Cuando las funciones vitales del individuo están muy disminuidas y da la impresión de que estuviera muerto; pero, en verdad, no lo está.
- Muerte clínica: Su diagnóstico es retrospectivo relacionado con la reversibilidad o no de una muerte real. Supeditada al intento de resucitar a una persona y de lograrlo.
- Muerte reciente: La existente antes que se establezca la putrefacción cadavérica.
- Muerte lejana: Cuando ya se estableció la putrefacción cadavérica.
- Muerte rápida: Cuando no hubo agonía.
- Muerte lenta: Cuando existió agonía.
- Muerte encefálica: Es el cese de las funciones encefálicas, que abarcan las funciones cerebrales, cerebelosas y de tallo cerebral, pudiéndose detectar mediante la ausencia de reflejos del tallo cerebral, el electroencefalograma plano, u otras formas de medir dichas funciones. Con frecuencia se expresa como muerte cerebral, muerte de tallo o muerte neurológica.

Importancia medicolegal de la muerte encefálica

El periodo de muerte encefálica comienza en el momento que es necesario recurrir a los medios artificiales. La importancia medicolegal está determinada por diferentes decisiones y acciones que se deben tomar, y que se explican a continuación:

- Determinar data de la muerte: Como se trata de un cadáver, ya que su corazón dejó de latir y sus pulmones de movilizarse de manera espontánea, pero es mantenido vivo de forma artificial, con otros fines, se debe tener en cuenta que la hora de la defunción es la misma del momento en que sus funciones vitales cesaron, y fueron evaluadas y diagnosticada por el equipo médico designado a tal fin.
- Para fines de trasplante: En los cadáveres con muerte encefálica se mantiene un estado de sobrevida artificial, con el propósito de mantener la oxigenación en órganos destinados a trasplante.

Aspectos medicolegales derivados de la muerte encefálica

Los aspectos medicolegales derivados de la muerte encefálica, en el campo de lo penal, son los siguientes:

- Extinción de la acción penal y de la pena.
- Delitos contra la vida.
- Errores derivados de la data de la muerte en el certificado médico de defunción.

Los aspectos medicolegales derivados de la muerte encefálica, en el campo de lo civil, son los siguientes:

- La extinción de la personalidad, los deberes y derechos de la persona natural.
- Conmoriencia.
- Premoriencia.

El aspecto medicolegal derivado de la muerte encefálica, en el campo laboral y administrativo, lo constituyen las pensiones de la Seguridad Social.

Pérdida irreversible de las funciones cerebrales. Este signo cierto de la muerte no se toma en cuenta de forma habitual para realizar el diagnóstico de la muerte, solamente en los casos en que se sospeche una muerte encefálica.

Diagnóstico de la muerte

Los signos inciertos de la muerte son:

- Facies cadavérica o hipocrática.
- Inmovilidad.
- Deshidratación.
- Relajación de esfínteres.
- Abolición de la sensibilidad cutánea y sensorial.

El diagnóstico de la muerte se realiza mediante la determinación de los denominados "signos ciertos de la muerte" que permiten, además, establecer su data. Algunos de estos se detectan debido al cese de las funciones vitales, mientras otros aparecen por el establecimiento de los fenómenos cadavéricos, los que tienen gran importancia medicolegal.

Estos signos ciertos de la muerte son:

- Cese de los latidos cardiacos y de la circulación.
- Supresión de la respiración.
- Espasmo cadavérico.
- Pérdida de la contractilidad muscular.
- Enfriamiento cadavérico.
- Livideces cadavéricas.
- Rigidez cadavérica.
- Putrefacción cadavérica.
- Pérdida irreversible de las funciones cerebrales.

Cese de los latidos cardiacos y de la circulación

El cese de los latidos cardiacos y de la circulación es un signo que recae sobre el corazón y la circulación periférica, y, en la práctica, es lo que con más frecuencia se examina para saber si un sujeto está o no fallecido.

Para el diagnóstico de la paralización cardiaca se han propuesto varios métodos, entre estos:

- Bouchut (citado por Gisbert Calabuig, 2006) propuso la auscultación cardiaca, requiriendo para su validez que se realice de forma inmediata, durante 5 min sin interrupción, y en cada uno de los cuatro focos cardiacos, y que tenga por resultado que no se oiga ni un solo tono.

– Se pudieran usar equipos auxiliares que van desde el clásico estetoscopio hasta otros más sofisticados como la electrocardiografía, este últimos con la ventaja de dejar un documento gráfico del resultado del examen.

Supresión de la respiración

La supresión de la respiración se trata de la privación o interrupción de los conocidos movimientos respiratorios que repercuten, directamente, en la verdadera respiración, la que se lleva a cabo al nivel celular; ya que, al no entrar aire al organismo, se agotará el oxígeno existente en la célula y se suspenden así los procesos metabólicos que repercuten en toda la vida celular y del organismo en general.

Es muy conocido este signo como el "paro respiratorio" directamente vinculado, casi siempre, al paro cardiaco, que no se debe confundir con la apnea voluntaria o momentánea, como la que se lleva acabo cuando el sujeto hace una inmersión en una piscina, que depende de nuestra voluntad y no de la alteración de los centros respiratorios existentes en el bulbo encefálico.

El diagnóstico casi siempre se realiza, inicialmente, en forma visual, para pasar a comprobarlo acercando el oído bien sea a las fosas nasales o de manera directa auscultando sobre la parte posterior del tórax, ya sea con el empleo de instrumentos o con la oreja sobre la piel de dicha región. Otros métodos también pueden ser empleados.

Espasmo cadavérico

El espasmo cadavérico es una contractura vital final, inmediata o instantánea, que se presenta sin estar precedida por un periodo de relajación muscular, lo que la diferencia de la rigidez cadavérica ordinaria, de ahí que fije la actitud que tenía el sujeto en el momento de la muerte. Puede ser generalizado, cuando afecta a todo el cuerpo, y localizado, cuando interesan solo ciertos grupos musculares aislados. Se observa con escasa frecuencia, de ahí el valor de algunas de las causas recogidas en la literatura:

– La emoción o extraordinaria tensión nerviosa en que lo sorprende la muerte.
– Procesos convulsivantes (tétanos, eclampsia, etc.).
– Heridas por arma de fuego y otros traumatismos importantes en la cabeza.
– La fulguración por corriente atmosférica.

El mecanismo de producción de esta contractura aún no es bien conocido, aunque se atribuye a lesión del sistema nervioso central superior que interese el tronco o tallo cerebral (diencéfalo) en los alrededores del núcleo rojo, incluyendo el haz extrapiramidal.

Pérdida de la contractilidad muscular

La pérdida de la contractilidad muscular es un fenómeno que ocurre en forma progresiva en todo el organismo, de ahí que existan músculos que aún respondan al estímulo cuando otros ya han perdido toda su capacidad de respuesta, incluso por agotamiento.

Se explora estimulando de forma mecánica manualmente el músculo bíceps braquial para constatar si se contrae o no.

Su importancia medicolegal radica en su uso en la determinación del tiempo o data de la muerte. En Cuba, por lo habitual, si el músculo se contrae al ser estimulado se plantea que la data de muerte es menor a 8 h.

Enfriamiento cadavérico

El enfriamiento cadavérico es el fenómeno debido a los cambios que se originan en el cuerpo sin vida, a partir del momento en que se extinguen los procesos bioquímicos vitales. La temperatura corporal es consecuencia de fenómenos bioquímicos. En el cuerpo se produce calor constantemente, como producto secundario de las reacciones metabólicas; al cesar la vida, cesan también de forma paulatina los procesos metabólicos y, por ende, el cadáver comienza a perder calor.

En términos muy generales, el enfriamiento cadavérico transcurre de forma gradual, disminuyendo la temperatura de modo progresivo, hasta igualarse con la del medio ambiente. Se inicia por los pies, las manos y la cara, los que están fríos a las 2 h de la muerte. Después, se extiende a las extremidades y al tórax, y, por último, al hueco epigástrico, la axila y al cuello. Los órganos abdominales profundos conservan el calor incluso hasta 24 h posteriores. El enfriamiento al tacto sería completo de las 8 a las 17 h, con mayor frecuencia de 10 a 12 h después de la muerte.

En Cuba, país tropical, donde hay calor casi todo el año, la temperatura corporal se mantiene alrededor de 3 h posteriores a la muerte y, por tanto, el enfriamiento se hace más manifiesto entre las 3 y 8 h posteriores al deceso, habiéndose perdido, aproximadamente, entre 0,5 y 1 ˚C por hora, según la temperatura ambiental de cada época, para lograr un equilibrio térmico que siempre es el resultado final.

Los factores que pueden influir en el enfriamiento cadavérico son:

- Causa de la muerte: Enfermedades crónicas, hemorragias, intoxicaciones por fósforo, arsénico, alcohol, en las muertes por frío y en las grandes quemaduras se produce el enfriamiento de manera más rápida.
- Las enfermedades agudas, las apoplejías, el golpe de calor, la sofocación, las intoxicaciones por venenos convulsivantes, como la nicotina y la estricnina, producen el enfriamiento de manera más lenta.
- La edad, la estatura, el estado nutricional y el peso, son factores que condicionan la extensión de la superficie corporal, la capacidad calorífica y la capacidad específica de la conducción calórica. Los cadáveres de los fetos, de los recién nacidos y de los niños se enfrían más rápido, que los de adultos.
- Estado nutricional y biotipo: En los individuos caquécticos, el enfriamiento es más rápido; además, se plantea un enfriamiento más rápido, si la muerte sobreviene estando el sujeto en ayunas.

– Factores ambientales: El organismo sigue las fluctuaciones de temperatura del ambiente; se enfría tanto más rápidamente cuanto más baja sea la temperatura ambiental, mayor humedad y ventilación, entre otros.

Importancia medicolegal del enfriamiento cadavérico

El enfriamiento cadavérico posee dos aplicaciones prácticas de gran interés medicolegal. Primero, en el diagnóstico de la muerte, pues la temperatura inferior a 20 ˚C se considera incompatible con el mantenimiento de la vida y, por tanto, como signo de muerte cierta (excepto cuando se trata de sujetos hibernados); en segundo lugar, para el establecimiento de la data de muerte, a pesar de la poca variabilidad de temperatura existente en Cuba durante todo el año.

Livideces cadavéricas

Una vez que cesa la circulación sanguínea, la sangre se afecta por la gravedad; ya que, cuando ocurre el cese de la actividad cardiaca, se inicia mediante una contracción vascular que progresa desde el ventrículo izquierdo hacia la periferia un amplio desplazamiento de la masa sanguínea que vacía la arteria y origina una hiperrepleción de las venas. A partir de este momento, la sangre va hacia las partes declives del organismo cuyos capilares distiende, y causa en la superficie cutánea manchas de color rojo violado conocida como livideces cadavéricas. Constituye un fenómeno constante que incluso, en algunas ocasiones, puede iniciar su formación ya desde la agonía.

El color inicial de las livideces puede variar desde el rojo claro al azul oscuro, dependiendo del color de la sangre en el momento de la muerte, y evoluciona después hacia el verde amarillento hasta su desaparición; pero, se pueden observar rosadas en las intoxicaciones por el monóxido de carbono y el cianuro, o la refrigeración, y achocolatadas en las intoxicaciones por venenos metahemoglobinizantes, como es el caso de la sal de nitro, entre otras posibilidades.

La intensidad de las livideces depende de la fluidez de líquido sanguíneo, por lo que será mayor en las asfixias, porque la sangre se mantiene fluida, y estará menos marcada en las muertes con hemorragias y anemia, debido a la reducida cantidad de sangre o del pigmento hemoglobinúrico de esta.

La distribución depende de la posición del cadáver, presentándose en los planos declives e interrumpiéndose en los sitios de apoyo, donde se aprecian zonas pálidas, por lo que indican la posición en que ha permanecido el cadáver. Se pueden observar en forma de púrpura hipostática, producto de la ruptura de los vasos por la hipóstasis cadavérica que aumenta la presión.

La evolución de las livideces se caracteriza por el inicio de pequeñas manchas aisladas que se pueden ver en el plano posterior del cuello, entre los 20 y 45 min; después confluyen, hasta abarcar grandes áreas en un tiempo estimado cerca de la 1.ra h de fallecido, en el resto del cadáver aparecen de 3 a 5 h después de la muerte, y ocupan todo

el plano inferior del cadáver a las 10 o 12 h de fallecido. Estas manchas desaparecen con facilidad a la presión digital antes de las 8 h, y lo hacen con dificultad después de ese tiempo, y no desaparecen después de las 12 h. Lo anterior pone de manifiesto que, si un cadáver es movilizado antes de las 12 h, las livideces pueden aparecer en otra posición y se mantienen o no las originales, y si se moviliza después de las 12 h no cambian de posición, lo que constituye un elemento trascendente en la investigación criminal.

Es importante y fácil realizar el diagnóstico diferencial de las livideces con las equimosis, con solo practicar una incisión en la zona afectada, se verá la sangre extravasada, coagulada y adherida a las mallas del tejido; en cambio, en las livideces, la sangre fluye al cortar los capilares. Se puede ver algún relieve en las equimosis, el color suele ser diferente y la localización no coincide con los planos declives.

Importancia medicolegal de las livideces cadavéricas

Las livideces cadavéricas tienen importancia medicolegal en cuanto al diagnóstico de la muerte, la determinación de la data de esta, y otros aspectos.

En el diagnóstico de la muerte. Son de gran valor cuando su color es intenso y típicamente localizadas, pasan desde la fase tenue, en las primeras horas de la muerte, hasta la fase bien definida que debe ocurrir de 12 a 15 h después de la muerte.

Determinación de la data de muerte. De gran utilidad tanto por el momento de su aparición, como por el de adquirir su total extensión y su posibilidad de desaparición a la presión digital o mediante algún instrumento.

Posición del cadáver. Su localización representa un fiel testimonio de la posición decline del cadáver y, por ende, da una idea de la posición en que ha permanecido el cadáver después de la muerte.

Rigidez cadavérica

Se entiende por rigidez cadavérica la tiesura, envaramiento o endurecimiento de los músculos, que se origina posterior a la muerte. Los músculos se acortan ligeramente, impiden el movimiento de las articulaciones y provocan posiciones o posturas que pueden tener determinado interés medicolegal.

Es tardía, enérgica y de larga duración en una musculatura normal e intacta, y lo contrario en una musculatura débil o alterada, y siempre va precedida de una fase de relajación que afecta en principio a la musculatura lisa, el miocardio y el diafragma, y posteriormente, a los músculos estriados esqueléticos.

Se inicia entre 3 y 6 h después de la muerte, comenzando por los músculos de la mandíbula inferior y orbicular de los párpados, para después afectar la cara, el cuello, el tórax, el tronco y, por último, las piernas. Se completa entre las 8 y 12 h después de la muerte, alcanza su máxima intensidad a las 24 h e inicia su desaparición entre 36 y 48 h, siguiendo el mismo orden en que se propagó.

En cuanto al mecanismo de producción se le atribuye como principal la acidificación de los medios humorales, lo que se piensa que ocurre por degradación del ácido adenosintrifosfórico (ATP) a ácido adenosindifosfórico (ADP), liberándose con ello el fósforo que da lugar al ácido fosfórico.

Circunstancias que pueden modificar la rigidez cadavérica

La intensidad de la rigidez cadavérica depende del estado de conservación o integridad de la musculatura en el momento de la muerte. Las circunstancias individuales, ambientales y las relacionadas con la causa de la muerte pueden modificar la evolución e intensidad de la rigidez.

Algunos de los factores que pueden influir en la aparición, la intensidad y la duración de la rigidez, acelerándola o retardándola, son:

- Edad: Los niños y los viejos presentan una rigidez precoz, débil y corta.
- El desarrollo muscular y el estado de la nutrición. En atléticos es más tardía e intensa.
- Cansancio: Rigidez precoz y débil.
- Causas de muerte: En las de causa violenta y en las repentinas, la rigidez es tardía, intensa y duradera; en las muertes por enfermedades agudas hipostenizantes, crónicas, caquectizantes, la rigidez es débil, precoz y corta.
- Hemorragias: Si son intensas provocan una rigidez precoz, débil y corta.
- Muertes por procesos convulsivantes (tétanos, estricnina): La rigidez es precoz, intensa y duradera.
- Otras intoxicaciones: En las provocadas por óxido de carbono, arsénico y cloroformo la rigidez es precoz, intensa y duradera, y en otras intoxicaciones, como las causadas por la cocaína y el hidrato de cloral, se provocan retrasos en la aparición de la rigidez.
- Electrocución: Provoca rigidez precoz e intensa.
- Lesiones mortales de cerebro y médula: Adelantan la rigidez sin afectar otros aspectos.
- Muerte por calor: Rigidez precoz, intensa y poco duradera.
- Muerte por frío: Rigidez precoz, intensa y duradera.

Importancia medicolegal de la rigidez cadavérica

La importancia medicolegal de la rigidez cadavérica está dada por:

- Diagnóstico de la muerte real.
- Determinación de la data de la muerte.
- Reconstrucción de las circunstancias en que se produjo la muerte; por ejemplo, el diagnóstico de la simulación de un suicidio por arma de fuego.

Putrefacción cadavérica

La putrefacción cadavérica es el signo inequívoco de la muerte, ya que no se trata del cese de un fenómeno vital, sino de la modificación de los tejidos, que solo ocurre

en el cadáver. Va precedida de procesos fermentativos de este, anaeróbicos, que se llevan a cabo en el interior de las células por la acción de sus propias enzimas, sin participación bacteriana, y que se agrupan bajo el nombre de autolisis. Tiene como finalidad la destrucción del cadáver, la que se lleva a cabo por la descomposición de la materia orgánica con la participación bacteriana. Las bacterias pueden provenir del exterior, pero desempeñan un papel fundamental las que se encuentran en el medio interno, en especial, las del tracto intestinal, que desde este invaden el organismo a través de los vasos sanguíneos, sirviéndoles las proteínas y los carbohidratos de la sangre como medios de cultivo. Primero actúan las bacterias aerobias, las que consumen el oxígeno y les dan paso a las bacterias aerobias facultativas y, por último, actúan las anaerobias.

Periodos de la putrefacción

El nombre de cada periodo de la putrefacción corresponde con el aspecto que más se destaca; ya que, sobre todo pasado el inicio, siempre hay coincidencia de distintos periodos en un mismo cuerpo.

Se plantean cuatro periodos o fases que son:

- Cromático o de coloración.
- Enfisematoso o gaseoso.
- Colicuativo o de licuefacción.
- Reducción esquelética.

Periodo cromático o de coloración. Se inicia con la aparición de la llamada mancha verde abdominal, que en Cuba aparece cerca de las 24 h de ocurrido el fallecimiento, lo que depende mucho del medio ambiente y de factores individuales. Los límites extremos que se han descrito oscilan entre las 14 h y los 5 días. Ordinariamente, de los 3 a los 15 días la mancha verde se ha extendido a todo el vientre y aun a otras partes del cuerpo. Es una coloración verde claro o azulosa, en ocasiones, de color cobre en los cadáveres congelados, localizada, en un inicio, en la fosa ilíaca derecha que se extiende después a todo el cuerpo.

Las variaciones topográficas de la mancha verde son:

- Sumersión: Se inicia en la parte alta del pecho y el cuello, debido a que los gérmenes que originan la putrefacción penetran por las vías respiratorias.
- Muertes por fenómenos congestivos cefálicos: Suele comenzar por la cara.
- Recién nacidos: Se inicia en el cuello, la cara y la parte del esternón, debido a la esterilidad del intestino y la penetración de bacterias por las vías respiratorias.

Periodo enfisematoso. Se caracteriza por el desarrollo de gran cantidad de gases que abomban y desfiguran todas las partes del cadáver (“enfisema putrefactivo”), lo que se manifiesta en:

- Cabeza hinchada.
- Ojos con acusado exorbitismo.

- Lengua proyectada hacia el exterior de la boca.
- Los genitales masculinos adquieren volúmenes monstruosos.
- El tórax y el abdomen están distendidos.
- La red venosa superficial muy visible en toda la superficie corporal.

Este periodo tiene una duración de varios días, a veces hasta un par de semanas.

Periodo colicuativo o de licuefacción. Se caracteriza por cambios al nivel de la piel y de los tejidos en general, que se van licuando, con olor característico y aspecto bituminoso, con desprendimiento de partes y pérdida de la integridad de las cavidades; que, en resumen, se pueden enumerar como:

- Epidermis despegada y reblandecida.
- Formación de ampollas de dimensiones variables con líquido de color pardo.
- Desprendimiento epidérmico, que deja aspecto de quemaduras de segundo grado.
- Salida de líquido de color pardo por los orificios nasales.
- Desprendimiento de uñas y pelos.
- Escape de gases y pérdida de aspecto macrosómico del cuerpo.
- Hundimiento ocular, aplastamiento nasal, denudación del cráneo y destrucción de partes blandas.
- Soluciones de continuidad en el abdomen que dan salida a gases al exterior.
- Órganos reblandecidos que dejan escapar serosidad sucia, con aspecto bituminoso del cuerpo y olor rancio.

Esta fase dura por lo general de 8 a 10 meses, pero está un tanto en dependencia de las condiciones del medio en el cual ocurre el proceso.

Periodo de reducción esquelética. Se caracteriza por la pérdida de las partes blandas del cuerpo que va dejando libre el esqueleto, con la existencia del putrílago como sustancia identificadora, lo que se puede esquematizar de la forma siguiente:

- Pérdida de partes blandas del cadáver.
- Las partes blandas desaparecen por medio de la licuefacción y se transforman en putrílago.
- Pueden permanecer más tiempo el tejido fibroso y cartílagos (esqueleto unido).
- Separación de la cabeza del tronco al final del periodo.
- Separación de costillas y esternón.
- El abdomen se deprime, su pared queda unida a la columna vertebral, más tarde queda reducido a residuos negruzcos que se unen a estructuras vecinas.
- Los órganos abdominales se van destruyendo con diferencias en cuanto a su resistencia.

Este periodo tiene una duración que oscila entre 2 a 3 años.

Condiciones que pueden modificar la evolución de la putrefacción

En la evolución de la putrefacción influyen condiciones dependientes del propio cuerpo o individuales, y otras del medio ambiente, las que se enumeran como:

- Influencias individuales:
  - Constitución física: Los obesos se descomponen más rápido que los delgados.
  - Edad: Más rápida en los niños y más tardía en los ancianos.
- Influencias patológicas: Pueden estar dadas por la causa de muerte o por diversos procesos patológicos existentes antes de morir el sujeto, que retardan o aceleran el proceso. Un ejemplo de ello puede ser la medicación a que ha estado sometido el sujeto, o incluso la pérdida de peso progresiva o lenta que puede ocurrir en un estado de enfermedad mantenida.

La putrefacción es precoz e intensa en:

- Heridas graves.
- Focos extensos de contusiones.
- Enfermedades sépticas.
- Muerte tras lenta agonía.
- Otras causas de muerte (asfixia, insolación y fulguración).

La putrefacción es retardada en:

- Grandes hemorragias.
- Intoxicaciones por monóxido de carbono, ácido cianhídrico y arsénico.
- Enfermedades que evolucionan con deshidratación intensa.
- Tratamiento con antibióticos.
- Miembros separados del tronco.
- Influencias ambientales.
- Dependen de la humedad, el frío, el calor y la aireación que haya en el medio ambiente en que se desarrolle la putrefacción.
- Será distinta en el aire libre, en la tierra (variando con la naturaleza del suelo, porosidad, corrientes de agua, etc.). Es bien sabido que "una semana de putrefacción en el aire, equivale a 2 semanas en el agua y 8 semanas en la tierra" en igualdad de condiciones.
- La humedad, la temperatura y la aireación tienen un punto óptimo como condiciones de la putrefacción, por encima y por debajo del cual se modifica su marcha y aparecen fenómenos conservadores del cadáver.
- La sequedad conduce a la momificación, y la humedad considerable a la saponificación.
- El frío intenso conserva el cadáver durante tiempos muy largos.
- La aireación abundante a través de una desecación del cadáver, puede conducir a la momificación.

La putrefacción de desarrollo anormal: En determinadas circunstancias, la putrefacción cadavérica (ya iniciada) se interrumpe, experimentando el cadáver ciertos procesos que

lo conservan de una forma más o menos permanente y que han sido considerados como vías anormales de la propia putrefacción. Los principales tipos de desarrollo anormal son: momificación, saponificación y corificación.

Momificación. Es la desecación cadavérica por deshidratación rápida, en medio seco y con aire caliente, gracias a la cual persisten sus formas exteriores de un modo prolongado. Puede ser natural o artificial, la primera de gran interés medicolegal, la segunda por lo general de interés social, político o cultural. A su vez puede ser parcial o total, según la extensión en el organismo. Demora en constituirse desde 15 días hasta 3 o 4 meses, y se observa con mayor frecuencia en los recién nacidos, en las mujeres, en los sujetos delgados y en algunas causas de muerte específicas como son los cuadros diarreicos agudos.

Saponificación. Es la transformación jabonosa de la grasa subcutánea, los músculos y demás tejidos blandos. Ocurre en las regiones del cuerpo donde abundan las grasas, como es el caso de las mejillas y las nalgas. La sustancia que caracteriza este proceso se denomina adipocira (por tener características intermedias entre la grasa y la cera). Presenta un aspecto untuoso, viscoso y una coloración amarillenta en estado húmedo (adipocira reciente); mientras que es blanquecina y de consistencia dura y seca, granulando a la palpación cuando envejece (adipocira antigua).

Para que esta transformación de las grasas y en partes blandas se lleve a cabo se requiere de la permanencia del cadáver en un medio húmedo, desempeñando también un papel fundamental determinadas condiciones individuales, como son la edad (más frecuente en niños), el sexo (mayor en el femenino), la obesidad, el alcoholismo y algunas intoxicaciones especialmente que originen degeneración grasa.

Aunque existen autores que la han constatado desde los 15 días del fallecimiento. Se plantea de forma general su comienzo aproximadamente a las 6 semanas del deceso.

Corificación. Es la transformación de la piel del cadáver en un tejido similar al cuero recién curtido, en cadáveres en cajas metálicas cerradas con soldadura durante un tiempo, alrededor de 1 año.

Tiempo o data de la muerte

Los datos para el cálculo aproximado de la data de la muerte en cadáveres al aire libre y sin participación de animales de rapiña ni de insectos necrófagos son los siguientes:

- Un cadáver con temperatura normal correspondiente a un individuo vivo, sin rigidez ni livideces cadavéricas y con descenso de la mandíbula por relajación de los maseteros y midriasis, la muerte debe datar de menos de 1 h.
- A las 3 h del fallecimiento un cadáver puede estar frío según el lugar, ya hay resistencia de la mandíbula y se observa en el dorso como una sombra tenue que inicia la instalación nítida de las livideces cadavéricas, lo cual ocurre alrededor de las 4 h.
- Si, además, hay presencia de livideces cadavéricas, las cuales para provocar palidez en un punto es suficiente el toque sin hacer presión y hay respuesta mecánica en los

bíceps, la muerte debe datar de menos de 8 h, y, si no hay respuesta mecánica de los bíceps, la muerte tiene más de 8 h, pero menos de 12 h.

- Si no hay mancha verdosa en el abdomen, pero hay frialdad y rigidez cadavérica generalizada y las livideces extendidas al máximo, siendo necesario hacer presión para provocar palidez en un punto, la muerte debe datar de más de 12 h y menos de 24 h.
- Si, además, hay mancha verdosa en la fosa ilíaca derecha o en el hipogastrio, la muerte debe datar de no menos de 24 h. Se exceptúan los casos de caquécticos, en los que la mancha verdosa se puede ver varias horas antes de las 24 h.
- Si, además, la mancha verdosa se ha extendido; hay abotagamiento de la cara de aspecto pardo rojizo; protrusión lingual y ocular y distensión abdominal, peneana y escrotal por gases de la putrefacción; desprendimientos epidérmicos; vesículas putrefactivas y muy marcadas las venas superficiales, la muerte debe datar de no menos de 48 h. Ya a las 48 h, según la temperatura y la humedad ambiental, se pueden observar abundantes larvas de dípteros (moscas).
- Si, además, hay desprendimiento epidérmico generalizado, fácil arrancamiento de cabellos y uñas, y ha desaparecido la rigidez cadavérica, la muerte debe datar de no menos 72 h.
- Si, además, hay pérdida de peso por deshidratación cadavérica, corrosión y pérdida de partes blandas de la cara y el cuello, la muerte debe datar de más de una semana o de 10 días; y si hay pupas vacías de dípteros abundantes, no menos de 15 días.
- Si hay participación de animales de rapiña y de insectos necrófagos, es posible que en Cuba un cadáver llegue a la esqueletización en menos de 30 días, acorde con su ubicación.

Estudio del cadáver

Estado legal del cadáver

La personalidad se adquiere con el nacimiento y se extingue con la muerte. En el cadáver no pueden reconocerse los atributos que la ley asigna a las personas; pero, como existen razones filosóficas, religiosas y sociales que protegen al cuerpo humano sin vida de todo acto de mofa, obscenidad o fuerza, y además, la colectividad debe ser protegida de las molestias y peligros que a la salud pública puede suponer la putrefacción cadavérica, ha sido necesario darle al cadáver una condición especial. Esta condición debe tener las características siguientes: que respete los vínculos afectivos de familiares o allegados, garantice el cumplimiento de medidas sanitarias y el cumplimiento de trámites legales o el diligenciamiento de investigaciones judiciales en algunos casos. Ello constituye el estado legal del cadáver, integrado por disposiciones de leyes o reglamentos que determinan el trato y la manipulación que deben recibir los cadáveres, los trámites y las condiciones que se precisan para su inhumación, traslación o cualquier otra operación judicial o de otra naturaleza de que sean objeto.

Las disposiciones legales sobre los cadáveres están dispersas en el Código Penal, la Ley de Procedimiento Penal, la Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral, las Ordenanzas Sanitarias, la Ley del Registro del Estado Civil, el Reglamento de la Ley del Registro del Estado Civil y la Resolución N.º 9, de 1992 del MINSAP.

Como resumen se puede decir que la ley reconoce ciertos derechos a los familiares o allegados en la atención de los funerales, traslación y lugar de enterramiento; pero, limitados por intereses superiores de la colectividad, de orden sanitario, judicial o de moral pública, en tal forma que el cadáver, que por lo ya no es persona, tampoco es susceptible de libre posesión y menos de ser propiedad de nadie. Todo ello permite considerar que la condición jurídica de los familiares o allegados en relación con el cadáver es la de semiposesión.

Examen del cadáver

Se entiende por examen del cadáver, al que se practica por un médico. Por sus fines, se puede distinguir entre el reconocimiento y el levantamiento.

Reconocimiento de cadáver

El reconocimiento de cadáver es la inspección mediante los sentidos que hace el médico de un cadáver para extender el certificado médico de defunción, o enviar dicho cadáver para la realización de la necropsia clínica. Para decidir su actuación, debe recoger los antecedentes patológicos personales del fallecido.

Hay otro reconocimiento que se llama judicial, que es el que dispone el Instructor policial para que se determine la causa de la muerte y se precisen las condiciones que la rodearon; además, se le informe si es necesario o no la práctica de la necropsia, si por el examen externo del cadáver y las circunstancias del hecho es posible determinar la causa de la muerte y no es necesaria la diligencia para conocer algún antecedente útil a la investigación, como lo establece el artículo 143 de la Ley de Procedimiento Penal.

En los reconocimientos de cadáveres se deben explorar:

- Signos tanatológicos: Consignar todos los signos que deriven de los fenómenos cadavéricos, aclarando su estado en el momento del examen. Por ejemplo, livideces extendidas en el plano posterior del cadáver que no desaparecen a la digitopresión.
- Signos de violencia: Si el cadáver presenta lesiones violentas se examinarán una a una, precisando su naturaleza, el tamaño, la profundidad, la dirección y la ubicación topográfica.
- Signos patológicos no violentos: Se pueden observar al examinar exteriormente el cadáver: edema, cianosis, palidez, enfermedades de la piel, entre otras.
- Signos terapéuticos o quirúrgicos o ambos: El cadáver puede presentar punturas en sitios electivos, cicatrices de incisiones quirúrgicas recientes o antiguas o signos de otras medidas terapéuticas que, a la vez, pueden ser quirúrgicas como es el caso de la traqueotomía.

- Otros signos de interés: Se buscarán señas particulares (por ejemplo, nevos pigmentarios significativos), tatuajes (podrán ser profesionales, religiosos o amorosos).
- Orificios naturales: Se realizará el examen de los orificios naturales, deteniéndose en la boca, en el estado de las piezas dentarias y de la mucosa oral. El examen del orificio anal y de la vagina recobra interés cuando la causa de la muerte estuvo vinculada a una agresión sexual.

Diligencia de levantamiento del cadáver

El levantamiento del cadáver es el examen que realiza un médico a un cadáver, incluyendo las ropas, y todo lo que le rodea, conforme a reglas técnicas, médicas y policiológicas, constitutivo de una diligencia judicial, dispuesta por la autoridad competente (instructor o fiscal). Esto se realiza en casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, siempre que el cadáver no haya sido movilizado del lugar en que fue hallado. Una diligencia de levantamiento de cadáver realizada con la calidad requerida constituye el comienzo de la necropsia medicolegal.

Si la víctima es trasladada a un centro asistencial y fallece después, o habiendo muerto en el lugar de la violencia su cadáver es movilizado o retirado de este, no procede la diligencia de levantamiento por resultar imposible establecer las relaciones que tuvieron el cadáver y lo que le rodea en el instante del hecho violento. En estos casos, la actuación médica que cabe realizar es la denominada reconocimiento judicial de cadáver.

Existen circunstancias en las que, a pesar de ser movilizado el fallecido, la actuación se considera como una diligencia de levantamiento de cadáver, como son en los casos de sumersión, derrumbes, atropellos por vehículos de trayecto obligado (por ejemplo, los trenes) y cadáveres encontrados en pozos y precipicios.

En ocasiones, esta actuación se ejecuta no precisamente en el lugar del hecho, pues es factible que el victimario dé muerte a la víctima y, con posterioridad, la traslade a otro sitio.

Un minucioso examen del cadáver puede orientar en cuanto a las causas de la muerte, sobre todo las vinculadas a accidentes del tránsito, quemaduras, heridas por arma de fuego o armas blancas. Sin embargo, existen casos en los cuales no existen evidencias de las causas de la muerte ni al realizar dicho examen ni en el lugar que lo rodea.

Conducta del médico de la familia ante un fallecido por muerte violenta o por muerte natural

Cuando el médico es llamado para atender a un fallecido, si constata que se trata de una muerte violenta, debe proceder de inmediato a preservar el lugar donde ha sido hallado el cadáver y dar aviso a la autoridad competente que se deberá ocupar de realizar la diligencia correspondiente.

De tratarse de una muerte natural, procederá a realizar el reconocimiento del cadáver y extender el certificado médico de defunción o, si lo entiende necesario para la determinación de las causas de la muerte o por alguna otra razón investigativa o docente, enviar dicho cadáver al centro hospitalario previsto para la realización de la necropsia clínica.

Intervenciones sobre el cadáver

Las intervenciones y las actuaciones sobre el cadáver pueden ser de distintas clases o naturaleza (médicas, judiciales, sanitarias, etc.), se expondrán aquí las más importantes o típicas.

Se conoce como intervenciones sobre el cadáver a las operaciones que se pueden practicar sobre él, interesando más o menos la integridad de los tejidos. Se pueden señalar la disección, la necropsia, la exploración musculoesquelética, la reconstrucción, el embalsamamiento, el modelado o mascarilla, el aseo y la compostura facial.

Disección. Es la incisión y el corte que se realiza sobre el cadáver para el estudio de su estructura anatómica. Como tiene un propósito de enseñanza, generalmente a cargo de las escuelas de medicina, los trámites administrativos y oficiales estarán dados por esas instituciones educacionales.

Necropsia. Etimológicamente, la palabra autopsia (del griego *autos*, yo mismo y *ophis*, vista) significa examen con los propios ojos, comprobación personal, por lo cual se recomienda el uso de necropsia (*necros*, cadáver).

La necropsia es la abertura de un cadáver con el objeto de averiguar la causa de la muerte y las circunstancias en que esta se verificó. Cuando se trata de muertes naturales que no envuelven problema jurídico, algunas se conocen por necropsias clínicas, y representa una investigación más, casi siempre final, destinada a llegar a un diagnóstico de la enfermedad o enfermedades que tuvo el sujeto en vida y la causa de la muerte. La base legal de esta actuación aparece recogida en el Reglamento General de Hospitales que expresa que se realizará la necropsia con fines científicos a los pacientes que: egresen fallecidos, a los fetos de 1000 g o más y 28 semanas o más de gestación y a los nacidos vivos de 500 g o más y 20 semanas o más, de no producirse oposición por parte de familiares o allegados responsables. De efectuarse esta actuación, no está sujeta ni a procedimiento legal ni a formulismo alguno, excepto los administrativos o reglamentarios de los hospitales. En los casos medicolegales, la disposición de las necropsias corresponde a las autoridades competentes: instrucción penal, fiscalía o tribunal.

La necropsia medicolegal investiga las causas de la muerte, y la información que de esta se deriva es aplicable para un propósito legal; es decir, es la que se practica con el fin de esclarecer un hecho delictivo, en la cual se ponen de manifiesto las causas de la muerte y las circunstancias de esta. Como dichas necropsias requieren del cumplimiento de requisitos legales que dispone la Ley de Procedimiento Penal, no siendo más que una diligencia judicial, se les llama también necropsias judiciales.

La necropsia medicolegal, a diferencia de la clínica, realiza un sistemático y minucioso estudio de las ropas o vestidos, así como del exterior y del interior del cadáver, empleando las técnicas adecuadas en cada caso, siendo obligatorio estudiar todas las cavidades. Cuando sea pertinente se apoyará con investigaciones histopatológicas, quimicotoxicológicas, bacteriológicas, radiológicas y otras.

La necropsia medicolegal se puede realizar en cualquier momento después de la muerte, incluso en los cadáveres putrefactos, fragmentos o restos humanos o inhumados, previa exhumación judicial.

Después de realizada la necropsia, los facultativos están en la obligación de informar de manera oportuna de sus resultados en forma clara, precisa y ordenada a la autoridad solicitante. Es necesario señalar que, en los fallecimientos de ciudadanos extranjeros, internos (reclusos) aunque estén de pase, y en fallecidos en que se sospeche que estando en vida se haya incurrido en responsabilidad médica, la necropsia a realizar es medicolegal, aunque las causas de la muerte sean naturales, así como en los que pueda estar inmersa una responsabilidad social, siempre a solicitud de una autoridad competente.

Exploración musculoesquelética. Se denomina exploración musculoesquelética al examen que se realiza de las estructuras musculares óseas y cartilaginosas, ya sea mediante determinadas incisiones o por medio de la palpación específica de determinadas estructuras óseas (mucho más completa y segura en el primer caso). Se realiza fundamentalmente cuando se conoce o se sospecha la existencia de lesiones traumáticas al nivel esquelético; por ejemplo, en los accidentes de tránsito, en sujetos que han sido golpeados, en caídas y precipitaciones y en otros.

Reconstrucción del cadáver. La reconstrucción del cadáver se lleva a cabo cuando las condiciones del rostro u otra parte del cadáver se encuentran en un estado tan deplorable que hace imposible que sea observado por sus familiares. Ejemplos de situaciones donde se lleva a cabo la reconstrucción de tejidos son en algunas víctimas de accidentes de tránsito, derrumbes, precipitaciones, entre otras. A pesar del interés humano, no siempre se puede realizar esta intervención dadas las condiciones del cadáver, como son los casos de sujetos carbonizados.

En los cadáveres sin identificar, cobra mayor interés la reconstrucción, pues facilita que sean reconocidos por sus familiares y allegados, lo que permite su identificación.

Embalsamamiento de cadáver. El embalsamamiento es la prevención artificial de la descomposición natural de los cadáveres por medio de sustancias conservadoras. El origen del nombre se debe a la utilización durante mucho tiempo de productos balsámicos. Se conoce también como momificación artificial.

Al ser una operación tanatológica, se ejecuta en la mayoría de los países por personal de los servicios necrológicos, es decir, por personas que trabajan en funerarias o casas mortuorias.

En Cuba, se realiza tanto por personal de los servicios necrológicos como por personal en servicios medicolegales, en los cadáveres que sea necesario su traslado hacia provincias lejanas o hacia otros países. En términos generales, aquellos cadáveres que van a ser inhumados después de las 24 h de la defunción. A pesar de ser una técnica que se mezcla con culturas muy antiguas, es evidente su vigencia, y en la mayoría de las legislaciones sanitarias de diferentes países se recoge en las letras de la ley, acorde con las características sociosanitarias y culturales de cada país; por lo que, el embalsamamiento, tiene interés histórico, religioso, sanitario y social, entre otros.

En el año 1992, se dictó la Resolución N.º 9 del Ministerio de Salud Pública, la cual pone en vigencia el Reglamento General de Manipulación de Cadáveres y Restos Humanos, donde se formulan algunos conceptos y se hace distinción entre el embalsamamiento, la conservación transitoria y la preparación del cadáver. Tomando en cuenta la resolución mencionada, se define al embalsamamiento como: "El procedimiento que se realiza cuando se requiere conservar un cadáver por más de 72 h de ocurrido el fallecimiento o en casos en los que otros intereses muevan a la conservación de dicho cuerpo."

La conservación transitoria como: "El procedimiento que se utiliza para preservar un cadáver en su correcto estado durante las primeras 24 h después de haber ocurrido el fallecimiento."

La preparación del cadáver consiste en las maniobras que se realizan sobre el cadáver que se encuentra ya en alguna fase del periodo de putrefacción, para tratar de reducir al mínimo los efectos de la putrefacción ya comenzada e inhibir en lo posible la continuación de esta.

Los centros autorizados para hacer la conservación, embalsamamiento o preparación del cadáver son los siguientes:

- Funerarias autorizadas.
- Hospitales que así se acrediten.
- Centros municipales de medicina legal.
- Servicios y centros de medicina legal provinciales y territoriales.
- Instituto de Medicina Legal.

Modelado o mascarilla del cadáver. El modelado o mascarilla es un procedimiento que se puede realizar persiguiendo fundamentalmente dos objetivos: identificativo y para conservar los rasgos faciales en figuras célebres. Esta operación se realiza construyendo un molde de la cara con yeso.

Aseo y compostura facial. El aseo y la compostura facial son operaciones destinadas a desaparecer las deformidades que, sobre el cadáver y principalmente en la cara, producen la putrefacción o los traumatismos.

Actuaciones medicolegales relacionadas con la muerte y el cadáver

Dentro de las actuaciones sobre el cadáver se pueden señalar la certificación de la muerte, la exposición, la inhumación, la cremación, la exhumación y la conducción.

Certificación de la muerte

La certificación de la muerte es la expedición por un médico del instrumento oficial destinado a consignar la muerte de un individuo, y que se denomina certificado médico de defunción. Es un documento de gran importancia y de obligada utilización, ya que en

todo caso de muerte es imprescindible su emisión con una doble finalidad: para asiento de la defunción en el Registro del Estado Civil, autorización para el enterramiento y para estadística demográfica y de salud. Tendrá, a su vez, un interés especial cuando la muerte haya estado vinculada a un hecho de trascendencia juridicopenal.

En Cuba, la expedición de los certificados médicos de defunción tiene su base legal fundamental en la Resolución N.º 9 del año 1992 del MINSAP, que pone en vigor el Reglamento General de Manipulación de Cadáveres y Restos Humanos, en este se detallan los facultados para confeccionar dicho documento.

El Reglamento General de Manipulación de Cadáveres y Restos Humanos rige el tratamiento que hay que dar a los cadáveres y restos humanos en el Sistema Nacional de Salud y otras dependencias que, no siendo propias del sistema, tengan por razón del servicio que prestan, disponer de cualquier forma de estos.

En el artículo 2 se presenta las definiciones aclaratorias siguientes:

- Muerte natural: La ocasionada por enfermedades o patología no traumática o debilitamiento progresivo de las funciones vitales propios del proceso senil.
- Muerte violenta: La ocasionada por agentes externos traumáticos o violentos.
- Muerte sospechosa: Aquella en la cual existe algún indicio de responsabilidad penal.
- Necropsia clínica: Es la que se realiza con un propósito científico o docente, con particular interés en conocer, precisar o confirmar las causas de la muerte natural, las complicaciones que pudieron ocurrir en la evolución de la enfermedad o conocer en general la evolución de cualquier proceso patológico en un fallecido.
- Necropsia medicolegal: La que se practica por disposición de la autoridad competente para determinar las causas de la muerte y otras circunstancias, relacionadas con los procedimientos penales.

En el Capítulo 3, Sección 1: De los pacientes fallecidos en el cuerpo de guardia.

En el artículo 9 se plantea que, ante tal situación, el médico de asistencia procederá a comunicar el fallecimiento a los familiares o allegados presentes en el hospital o policlínico, en ausencia de estos, debe comunicarlo al Departamento de Admisión para que proceda a su localización, posteriormente, en los casos de muerte natural dispondrá la realización de la necropsia clínica, salvo que exista oposición expresa por parte de los familiares; si existiera esta, procederá al llenado del certificado médico de defunción. Pero, en los casos de muerte violenta o sospechosa, se comunicará de forma inmediata a la Unidad de la PNR del territorio para levantar la correspondiente denuncia (Fig. 12.1).

En la Sección II: De los pacientes fallecidos en el traslado hacia el cuerpo de guardia: En casos de muerte natural, indicará la realización de la necropsia clínica, y extenderá el certificado médico de defunción, en casos de muerte violenta o sospechosa, certificará en el modelo establecido a esos efectos que llegó cadáver y lo comunicará a la Unidad de la PNR.

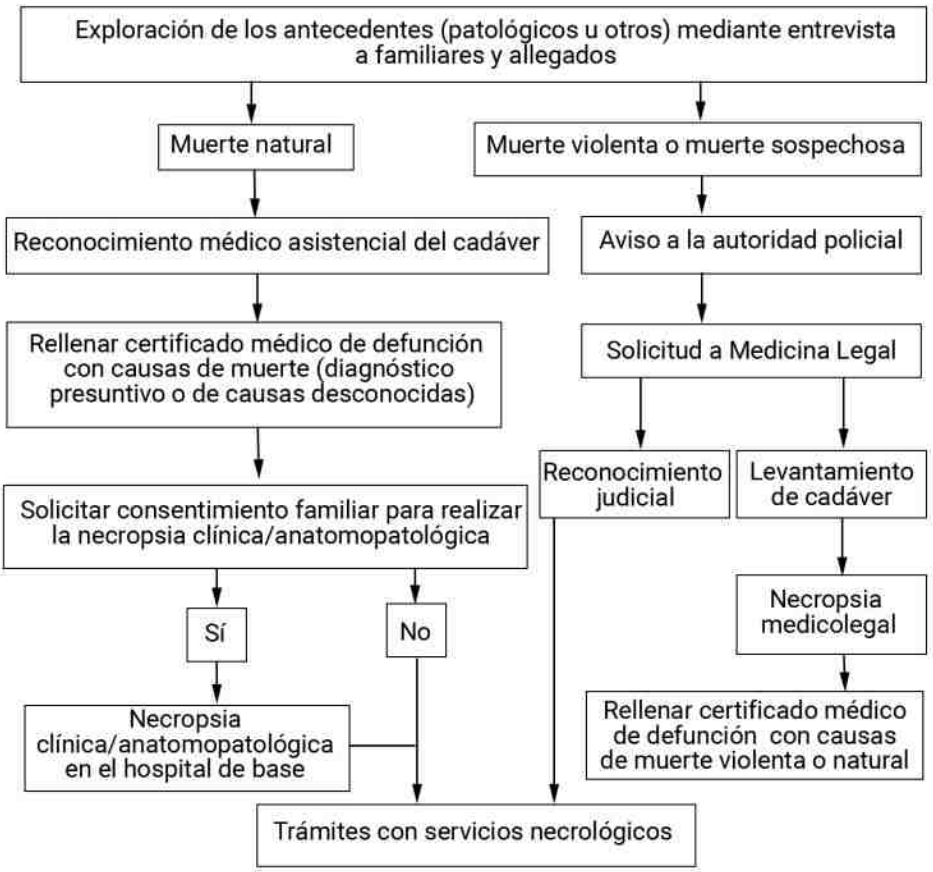


Fig. 12.1. Algoritmo de actuación frente a un fallecido en la comunidad.

De la expedición de los certificados médicos de defunción y otras actuaciones relativas a cadáveres:

- Artículo 15: El certificado médico de defunción (CMD) será expedido por los médicos en el ejercicio legal de sus funciones asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, cumpliendo los requisitos y las formalidades que al efecto se establecen, así como las generales que norman la expedición de cualquier documento medicolegal.
- Artículo 16: En todos los casos de fallecidos por muerte natural en las áreas de salud y hospitales, será obligación de uno de los médicos expedir el certificado médico de defunción, bien sea porque haya prestado la asistencia o recibido al fallecido, incluyendo la atención en la casa, en el cuerpo de guardia o en el trayecto a este, siempre que el médico pueda deducir las causas de la muerte; de no conocerse dichas causas

o de existir interés científico, se practicará la necropsia clínica en el departamento de Anatomía Patológica del hospital correspondiente al área de salud donde ocurra el fallecimiento y se procederá a emitir el certificado médico de defunción.

Si el fallecimiento ocurriese en áreas atendidas por médicos de familia, será una obligación de este disponer la necropsia clínica o emitir el certificado médico de defunción, incluso en casos de sujetos en tránsito o no residentes en el área, siempre que la causa de muerte sea natural. De no existir médico de familia en el área, el médico más cercano asumirá esta decisión.

Una vez que el médico actuante pasa a confeccionar el certificado médico de defunción, debe observar las normas para el llenado correcto de este, las que se detallarán a continuación (véase el capítulo correspondiente a Documentos medicolegales):

- En primer lugar, debe conocer que el certificado médico de defunción está compuesto por dos originales, los cuales tienen diferentes destinos, uno se envía al departamento de Estadísticas de Salud Pública del nivel correspondiente, y el otro a las oficinas del Registro Civil que competa, estos dos originales deben ser llenados por la misma persona, es decir, no pueden tener letras diferentes.
- Tiene que realizarse de forma manuscrita, no con máquina de escribir ni otro método, debe usarse solo tintas azules y negras, hay que utilizar letra clara y legible, preferiblemente letra de molde, no se permiten enmiendas ni tachaduras, sin dejar casillas en blanco, no empleando abreviaturas o siglas, salvo las permitidas en el instructivo que aparece al dorso de este.
- Los datos que se requieran para el llenado del certificado médico de defunción se tomarán del carné de identidad, de la historia clínica, por información de un familiar, o por lo que compruebe o conozca del resultado de la necropsia clínica practicada.
- Los modelos confeccionados no se pueden separar, solo se efectuará esa acción por el personal que labora en las oficinas de admisión de los hospitales y policlínicos.
- La sección destinada al ordenamiento de las causas de la muerte, es la parte más importante desde el punto de vista asistencial, así como la más compleja a realizar.

Está dividida en dos partes: La parte I contiene los incisos a, b, c, y d, donde se encadenan las causas de la muerte, en la parte II aparecen dos rayas donde se escribirá otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte; pero, no relacionas con la causa directa, como no es de llenado obligatorio, se pasa a explicar la parte I, la más esencial. Esta tiene cuatro incisos, en el inciso (a) siempre se escribe la causa directa de la muerte, que corresponde al episodio final de la enfermedad de base, siendo una complicación de la patología fundamental. Los cadáveres en estado de putrefacción no son causa para que el médico de asistencia no pueda confeccionar el certificado médico de defunción. No existe base legal que ampare dicha actuación.

Exposición de cadáveres

Hay dos tipos de exposición de cadáveres. Una de estas, que se puede llamar corriente o civil, es la que se hace del cadáver por los deudos y allegados para recibir las expresiones de condolencia; en ocasiones, tiene carácter notorio, como sucede en los casos de muertes de grandes personalidades a las que se les rinde homenaje por grandes multitudes. Pero esta exposición no tiene interés medicolegal, sí lo tiene el tipo de exposición judicial que es la que dispone el artículo 140 de la Ley de Procedimiento Penal.

En el caso de cadáveres desconocidos, y si el estado de este lo permite, se expondrá al público, previa conservación del cuerpo, a fin de intentar de esa forma la identificación, por este motivo, el cadáver se puede mantener hasta 30 días conservado en refrigeración, sin proceder a su inhumación.

Inhumación

La inhumación, aunque etimológicamente es igual que enterrar, en realidad no siempre es así. Se debe considerar como sepultar o dar sepultura a un cadáver, que a veces no constituye un verdadero acto de enterramiento, pues el cuerpo queda separado totalmente de la tierra, como ocurre cuando se da sepultura en bóvedas o nichos, y con el empleo de ataúdes. Para proceder a la inhumación requiere la licencia de sepultura (boleta de enterramiento), y cumplir los requisitos que fija la Ley de Registro del Estado Civil; entre estos se citan los siguientes:

La inhumación del cadáver se realizará:

- En cualquier momento dentro de las 24 h posteriores al fallecimiento, si se hubiera practicado la necropsia.
- Después de las 6 h y antes de las 24 de ocurrido el fallecimiento, si no se hubiera practicado la necropsia.
- La inhumación o cremación del cadáver se hará obligatoriamente en todos los casos dentro de las 24 h posteriores a la defunción, excepto que se disponga otra cosa por resolución judicial o que medie autorización sanitaria.

Exhumación

La exhumación es el acto de extraer de su sepultura un cadáver inhumado. Existen dos tipos de exhumación, la civil o administrativa y la judicial.

La exhumación civil o administrativa es la que se realiza más frecuente, a solicitud de familiares. Esta se realiza para trasladar los restos de un lugar a otro, ya sea dentro del mismo cementerio o a otro, para guardar el cadáver ya transformado en restos óseos o para incinerar dichos restos óseos. En Cuba, esta acción se establece a los 2 años de la defunción.

La exhumación judicial es la que se ejecuta en presencia y a solicitud de una autoridad competente (instructor, fiscal o tribunal), en la que intervienen además los médicos forenses y el representante administrativo del cementerio, no se admite la presencia de familiares del fallecido.

Los motivos de esta exhumación pueden estar enmarcados dentro de las situaciones siguientes:

- En las inhumaciones ilegales o indebidas.
- Cuando se denuncia un hecho criminoso después de una inhumación y que se pudiera esclarecer con la práctica de la exhumación.
- Cuando es necesario ampliar las investigaciones practicadas antes de la inhumación.
- Con fines de identificación.

Cremación

La cremación es la incineración o reducción a cenizas del cadáver, es decir, es la acción de incinerarlos. Este método sustituye a la inhumación, se ha convertido en la actualidad en un procedimiento habitual en Cuba. Esta actuación se realiza bajo regulaciones que evitan la ocultación de hechos criminales y que atienden aspectos sanitarios, así como el sentimiento público.

Se debe destacar que para la cremación de un cadáver no es requisito indispensable haber realizado la necropsia.

Conducción

La conducción es el acto de conducir o trasladar un cadáver al cementerio o de un lugar a otro. Tiene un interés sanitario, por lo que está reglamentado en las Ordenanzas Sanitarias.

En los casos judiciales, se precisa la autorización del Instructor policial que conozca de la causa.

Bibliografía

¿Cómo llenar el Certificado Médico de Defunción? http://supercurso.sld.cu/supercursos/ploneartiClemultipage.2006-05-18.7979805252/colectivo-de-autores

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1989). Ley N.º 59 Código Civil. Revisado https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/codigo%20civil%20lib1.html

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1987). Ley N.º 7 - Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, laboral y económico. Revisado en http://www.cubalegalinfo.com/lpcale-indice.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba (1985). Ley de Registro del Estado Civil, Ley N.º 51 de 15/07/1985. Ediciones ENPES, p. 94.

Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba. Reglamento de la Ley del Registro del Estado Civil.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1988). Decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública. La Habana. Gaceta Oficial de la República de Cuba Edición Ordinaria N.º 12. 22 febrero 1988.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley N.º 41. Ley de Salud. La Habana. *Gaceta Oficial de la República de Cuba* Edición Ordinaria. 15 agosto 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1977). Ley de procedimiento Penal, julio 1977 Revisado en https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/ippenal.html

Asamblea Nacional del Poder Popular (1987). Ley No 62 Código Penal. x Edición actualizada, concordada y comentada. La Habana: Editorial Félix Varela.

Colectivo de autores (1999). *Medicina Legal*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 10-11.

Constitución de la República de Cuba (2019). *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; La Habana, Cuba.

Fournier R. *et al*. (1999). *Medicina Legal*, 2.da Parte. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Fournier, R.I. (1989). *Medicina Legal en Preguntas y Respuestas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 256.

Gisbert Calabuig, J.A. (2004). *Medicina Legal y Toxicología*. 6.ta ed., Barcelona: Masson, pp. 57-8.

Lancís y Sánchez, F. (1971). *Lecciones de Medicina Legal*. La Habana: Editorial Andrés Voisin.

Lecha Marzo, H. (1970). *Tratado de autopsia y embalsamamiento*. Madrid, x7.

Machado, C. y Comisión Nacional para la Determinación y Certificación de la Muerte en Cuba (2001). Resolución Ministerial N.º 90 del Ministerio de Salud Pública, revisado en: https://www .legislacion. sld.cu/index. php? P=FullRecord&ID=7.

Ministerio de Salud Pública (1992). Resolución 9 de 1992 Reglamento general sobre manipulación de cadáveres y restos humanos. La Habana: MINSAP

Ministerio de Salud Pública (2007). *Reglamento General de Hospitales*, Área de Asistencia Médica y Social. La Habana: MINSAP

República de Cuba (1914). *Ordenanzas Sanitarias. Decreto Presidencial* N.º 674, 6 de julio de 1914.

Robbins, S.L., Cotran, R.S. (1996). *Patología estructural y funcional*. 5.ta ed., Madrid: Mc. Grau. Hill. Interamericana de España.

Simonin, C. (1980). *Medicina Legal Judicial*. 2.da ed., Barcelona: Editorial Jims.

Vargas Alvarado, E. (1996). *Medicina Forense y Deontología Médica*. México: Trilla.

Capítulo 13

Asfixiología medicolegal

Yleana Vizcaíno Dimé y Ruth Juárez Fontanet

La muerte violenta puede ser causada por traumatismos que ocasionan los distintos agentes vulnerantes, por sustancias tóxicas y también por una asfixia mecánica. Por ello, la necesidad de que durante el ejercicio de la profesión el médico debe distinguir cuáles son los signos que, de forma general, pueden indicar que la muerte se debe a una asfixia, y las características de cada uno de estos actos violentos que casi siempre provocan la muerte, aunque de manera excepcional la víctima pueda sobrevivir.

Asfixias de interés medicolegal

Según la Escuela Cubana de Medicina Legal, las asfixias de interés medicolegal son las que resultan del impedimento brusco de la respiración, las llamadas asfixias mecánicas. Entre estas se encuentran el ahorcamiento, la estrangulación, la sofocación y la sumersión.

Aunque tienen signos particulares, existen por regla general aquellos que son comunes en todas las variedades y que han de ser muy bien observados por el médico cuando realiza el reconocimiento de un cadáver, son los llamados signos anatomopatológicos generales de las asfixias. Entre estos se encuentran las hemorragias petequiales en la cara, sobre todo en la frente, párpados, conjuntivas, labios y en las mucosas; igualmente, es frecuente encontrar cianosis.

Ahorcamiento

El ahorcamiento es la constricción del cuello por el extremo de un lazo o dogal, sobre el cual actúa el propio peso del cuerpo de la víctima, estando el extremo opuesto atado a un punto fijo.

Existen signos externos que se observan en el cadáver que indican que se trata de un ahorcamiento, como la existencia del surco frecuentemente situado en el tercio superior del cuello, por encima del hueso hioides. Este surco puede ser único o múltiple, cuya dirección es oblicua ascendente en dirección al nudo. El surco suele dibujar la trama del lazo, y la profundidad y el ancho dependen de que este sea más o menos ancho

y duro, así como el tiempo de la suspensión. Rodea el cuello en toda su circunferencia, excepto el área que corresponde al nudo donde se interrumpe en la mayoría de los casos. El saliveo es relativamente frecuente, y la protrusión lingual y la exoftalmía se observan con menor frecuencia.

Existen otros signos en el exterior del cadáver, que tienen valor para correlacionar con la información que se brinda, como antecedentes del hecho y el resto de los hallazgos; de ahí la importancia de explorarlos y utilizarlos para elaborar el criterio medicolegal acerca de cómo se produjo la muerte y cuál puede ser la posible etiología medicolegal, estos son:

- Las livideces cadavéricas: Se sitúan en el plano declive, como consecuencia de la acción de la gravedad. En el cadáver del ahorcado en posición vertical se observan en los miembros inferiores, las manos, el escroto; aunque, cuando se encuentran en otras posiciones, están situadas en el plano declive correspondiente.
- Presencia de esperma o líquido prostático: A veces se comprueba la presencia de esperma o líquido prostático sobre el prepucio o manchando la ropa interior. Este hecho se interpreta como un fenómeno cadavérico, en el que intervienen la acción de la gravedad y la contracción por la rigidez cadavérica de las vesículas seminales.
- En ocasiones, se observa en los cadáveres de los ahorcados otras violencias traumáticas originadas en las convulsiones agónicas propias de la asfixia, cuando el cadáver pende cerca de un muro, árbol, poste, etc., contra el cual se golpea.

Etiología medicolegal del ahorcamiento

La etiología medicolegal del ahorcamiento puede ser:

- Suicida: Es la más frecuente en la práctica medicolegal.
- Accidental: No es frecuente, pero puede observarse en niños, y la escena del hecho es de juego, también puede tratarse de la cuerda del "tete" enredado en un punto fijo de la cuna. Igual existe el ahorcamiento accidental como consecuencia de maniobras autoeróticas de individuos con fines de placer solitario que, mediante la suspensión, pretenden estimular los centros de la erección y la eyaculación a causa de la congestión de la médula lumbosacra.
- Homicida: Es muy raro. Puede tener lugar cuando hay una desproporción de fuerzas entre agresor y víctima (indefensión de la víctima), cuando la conciencia de la víctima ha disminuido o está perdida (traumatismo previo o uso de tóxicos) o agresión en grupo (linchamiento), como por ejemplo sucedió en Cuba en la etapa colonial, neocolonial y en la lucha contra bandidos.
- Judicial: Este tipo de ahorcamiento existió hasta hace algún tiempo en países occidentales como Inglaterra, aunque aún se utiliza en otras latitudes, ya que ha constituido un modo de ejecución de sentencias judiciales que estuvo generalizado en todas las naciones. Hoy solo es de interés histórico, atribuyéndose al emperador Justiniano su instauración.

Estrangulación

La estrangulación es la asfixia causada por la constricción del cuello debida a una fuerza ajena al peso del cuerpo de la persona estrangulada, empleando un dogal (puede ser una cuerda, cordón, textiles, etc.), la mano del agresor, o cualquier otra estructura rígida, como puede ser el antebrazo. Entre sus variedades se encuentran la estrangulación a lazo, a mano, antebraquial y con objetos.

Las variedades de estrangulación (a lazo y a mano) son las que con mayor frecuencia se observan en Cuba, por tanto, se hace referencia a los principales aspectos de interés medicolegal de cada una de estas.

Estrangulación a lazo

En la estrangulación a lazo, la constricción del cuello la realiza un lazo apretado por una fuerza ajena al peso del cuerpo. La fuerza constrictora actúa perpendicularmente al cuerpo.

Al igual que en el ahorcamiento, existen signos externos que se observan en el cadáver e indican que se trata de una estrangulación a lazo, estos son: el surco se sitúa por debajo del cartílago tiroides (a la altura de la laringe), no se interrumpe (pero pudiera haber interrupciones por interposición de cuerpos extraños como las ropas), transversal, horizontal, puede ser único, doble o múltiple de acuerdo al número de vueltas que da el lazo, con una profundidad uniforme. Casi siempre se trata de surcos pálidos y blandos, casi no originan excoriaciones y se apergaminan raras veces. En ocasiones, este surco deja una impresión borrosa cuando la estrangulación fue realizada con lazos anchos y flexibles y mantenidos poco tiempo.

Estrangulación a mano

La estrangulación a mano es la variedad de estrangulación que tiene lugar por la constricción del cuello originada por la mano. Esta compresión puede ser realizada por una o las dos manos.

En este tipo de estrangulación, en el cadáver se observan signos externos que indican que se trata de esta variedad, como los estigmas digitales: la huella o huellas dejadas por las extremidades de los dedos aplicados sobre la piel, igual pueden observarse estigmas ungüeales que son excoriaciones producidas por las uñas con forma semilunar, desecada, con la concavidad dirigida hacia el lado de la palma, ello es debido a la presión ejercida, y pueden ser excoriaciones lineales alargadas cuando se produce el deslizamiento de las uñas y más anchas e irregulares cuando se deslizan en toda su amplitud.

La zona ocupada por los estigmas varía en la ubicación de los dedos, que pueden situarse en región anterior, posterior y lateral del cuello. Hay ocasiones en que la presión de los dedos no se ha hecho con la punta, por lo que la uña no toma parte en la agresión y no se forman las excoriaciones descritas, sino equimosis que, a veces, resultan invisibles

al examen directo y es necesario utilizar la luz de Wood (radiación ultravioleta filtrada) en la oscuridad.

Estrangulación antebraquial

La estrangulación antebraquial es la compresión que aplica el antebrazo sobre el cuello, con lo que se ocluye la vía respiratoria, o se sitúa el cuello de la víctima en el pliegue de flexión del codo del agresor que flexiona su antebrazo y con esto comprime las regiones laterales del cuello de la víctima, anulando la circulación carotidea. Esta explicación también es válida cuando se utilizan otros objetos.

Etiología medicolegal de la estrangulación

Desde el punto de vista medicolegal, la etiología de la estrangulación puede ser:

- Suicida: Es muy rara, pero es posible en la variedad a lazo, a veces se lleva a cabo con la ayuda de algún dispositivo que permite aplicar el mecanismo de muerte.
- Accidental: Todavía más infrecuente, ocasionalmente en niños pequeños que quedan atrapados entre los balaustres de la cuna, es excepcional en adultos.
- Homicida: Es la más frecuente en la variedad manual y a lazo. Se asocia en muchas ocasiones a violencia sexual.
  Se puede diagnosticar por los datos derivados de la disposición del lazo, del modo de sujeción y por la situación del mecanismo accesible o no al sujeto. Es de gran importancia la presencia de lesiones de lucha, ya que la estrangulación en adultos va casi siempre precedida o acompañada de otras violencias, tales como: heridas contusas en la cabeza, equimosis o estigmas ungüeales alrededor de la boca para acallar los gritos, lesiones de defensa en las manos y antebrazos, y lesiones de caída. Una cifra alta de alcoholemia u otras sustancias estupefacientes puede explicar la escasa resistencia de la víctima.
- Judicial: En España y sus colonias se llamó “garrote”, y se empleó como forma de ejecución desde 1812 hasta la abolición de la pena de muerte, consagrada en el artículo 12 de la Constitución Española de 1978.

Sofocación

La sofocación es la asfixia mecánica en la que hay un impedimento brusco de la ventilación pulmonar, al no poder pasar a las vías respiratorias el aire respirable. Las variedades de sofocación son las siguientes:

- Oclusión de los orificios respiratorios.
- Obstrucción de las vías respiratorias.
- Compresión toracoabdominal.
- Sepultamiento.

Existen características que distinguen a estas variedades, y que permiten inferir la variedad de que se trata:

Oclusión de los orificios respiratorios

Cualquier objeto que ocluya mecánicamente la boca y la nariz e impida la entrada de aire en las vías respiratorias, da lugar a esta variedad de sofocación.

Se produce habitualmente con las manos o con ciertos objetos blandos; por ejemplo, cojín, almohada, pañuelos, toallas, entre otros, que oprimen la boca y los orificios nasales, o se utilizan cintas adhesivas y bolsas de plástico que se adhieren a estos.

Pueden encontrarse huellas de la violencia alrededor de los orificios respiratorios, bajo la forma de estigmas ungüeales e inclusive contusiones hemorrágicas en los labios como huella de la compresión sufrida por estos contra los dientes.

La etiología medicolegal más frecuente en la oclusión de los orificios respiratorios es la accidental, observada en recién nacidos en el momento de la lactancia y la madre se queda dormida o abandonados en sus cunas, y en adultos en estado de embriaguez o en ataques epilépticos. La etiología homicida se ve asociada a otra variedad de sofocación y a la estrangulación, y es raro el suicidio.

Obstrucción de las vías respiratorias

La obstrucción de las vías respiratorias es causada por variados cuerpos extraños que pueden bloquear el paso del aire. Pueden ser botones, monedas, bolas o canicas, dentaduras postizas, juguetes y alimentos (maní, frijol).

En esta variedad de sofocación se encuentra en la necropsia el cuerpo extraño causante de la obstrucción situado en la tráquea o bifurcación bronquial, dependiendo de la forma y dimensión.

Si el objeto ha sido introducido de manera violenta, se pueden observar lesiones traumáticas en la boca, la faringe y la laringe en forma de erosiones o desgarro de la mucosa y edema.

La etiología medicolegal más frecuente en la obstrucción de las vías respiratorias es la accidental, se ve en niños debido a la imprudencia propia de la edad, y en los adultos por lo general en materia alimenticia; se trata, en la mayoría de los casos, de un senil, en ebrios y en epilépticos. El suicidio es infrecuente. La etiología homicida se presenta en los niños como maniobra infanticida, introduciéndole en la boca trapos, papeles, algodones o, también, mordaza en el caso de los adultos.

Compresión toracoabdominal

La compresión toracoabdominal produce la asfixia por inmovilización de la pared del tórax y el abdomen, debido al agente que la comprime. Si la compresión es intensa, aunque breve, en la cara, el cuello y la parte superior del tórax aparece un tinte violáceo uniforme,

en cuyo fondo resaltan múltiples equimosis puntiformes de color rojo oscuro casi negro, las cuales también se observan en la conjuntiva y en los párpados. Este conjunto sindrómico cervicofacial ha recibido el nombre de mascarilla equimótica.

También se pueden ver fracturas costales aisladas o múltiples contusiones en la pared torácica que, por sí sola, no explican la causa de la muerte.

La etiología medicolegal más frecuente es la accidental. En niños pequeños por el peso de los padres al dormir juntos, en adultos por aplastamientos debido a multitudes en pánico, paso de vehículos pesados, caída de objetos pesados sobre el tórax y en derrumbes. La etiología homicida es rara, pero se puede ver asociado a otras variedades de asfixia mecánica y de sofocación.

Sepultamiento

El sepultamiento es la asfixia que se ocasiona cuando el cuerpo de la víctima queda cubierto por entero, o solo en sus orificios respiratorios, por la tierra o un medio pulverulento cualquiera que penetra por aspiración en las vías respiratorias. El material pulverulento del sepultamiento da lugar al signo fundamental para el diagnóstico, la presencia en las vías aéreas de partículas abundantes de dicho material, lo que no solo permite afirmar la causa de muerte, sino también el medio en que sucedió. El medio extraño llega hasta la laringe, los bronquios y, a veces, hasta los alveolos pulmonares; también puede ser deglutido, encontrándose en el estómago y a veces en el duodeno.

Cuando el sepultamiento ha tenido lugar por derrumbe, desprendimiento o aludes, al sepultamiento propiamente dicho suele asociarse en grado menor o mayor (en proporción al espesor de la capa sepultante) la compresión de las paredes toracoabdominales, entonces se añaden traumatismos y el síndrome de la mascarilla equimótica.

En los casos en que no ha habido penetración del medio en las vías aéreas ni digestivas, hay que hacer el diagnóstico por las lesiones asfícticas y traumáticas, si estas presentan características que las definan como causantes de la muerte.

Etiología medicolegal del sepultamiento

La etiología medicolegal del sepultamiento más frecuente es la accidental; por ejemplo, en derrumbes. La etiología homicida se presenta en adultos con más frecuencia y donde la víctima se encuentre inconsciente, epilépticos o ebrios.

Sumersión

La sumersión es la asfixia que se causa cuando el aire de los pulmones es reemplazado por un líquido o semilíquido que penetra a través de la boca y la nariz.

Existen signos que se observan en el exterior del cadáver que indican que se trata de una sumersión, como es el hongo espumoso resultante de la mezcla de aire, agua y moco.

Otros signos tienen valor para correlacionar con la información que se brinda, como los antecedentes del hecho y el resto de los hallazgos; por eso se buscan, y se deben emplear para elaborar el criterio medicolegal acerca de cómo se produjo la muerte y cuál puede ser su etiología medicolegal.

Las livideces cadavéricas son extensas, la piel esta fría, el pene retraído al igual que el escroto, pezones y piel por la contracción de los músculos erectores pilosos. Hay maceración cutánea en la palma de las manos y la planta de los pies (piel arrugada) por la permanencia en el agua.

En los cadáveres de los sumergidos pueden encontrarse algunas violencias traumáticas que pueden ser vitales (entre estas, por ejemplo, traumatismos para que la víctima pierda la conciencia o lesiones accidentales), o producidas después de la muerte, por choque contra las rocas, por hélices de embarcaciones o por animales acuáticos, con ausencia de signos vitales.

Pueden observarse equimosis faciales múltiples, pequeñas, diseminadas a veces aisladas con una localización predominante en párpados o conjuntivas.

Etiología medicolegal de la muerte por sumersión

La etiología medicolegal de la muerte por sumersión comprende las situaciones siguientes:

- Accidental: Es la más frecuente por imprudencia o en personas que no saben nadar, y también los que se lanzan al agua bajo el efecto de bebidas alcohólicas.
- Suicida: Menos frecuente, se deben tener en cuenta los antecedentes de amenazas o tentativas suicidas, pueden encontrarse también lesiones por otro agente o ataduras de objetos pesados en los pies, los brazos o las manos ligadas.
- Homicida: Muy rara y de muy difícil demostración. Un empujón a la víctima desde un puente, embarcación o acantilado no deja huella. Se pueden amarrar grandes pesos a la víctima para mantenerla hundida y ocultar otra causa de muerte.
- Judicial: De interés histórico, ya que durante la Revolución Francesa existió este tipo de muerte. Los romanos emplearon este medio de suplicio arrojando al Tiber los condenados cargados de piedra. En la Inglaterra del siglo xv los ladrones eran sumergidos en letrinas.

Aspectos preventivos a tener en cuenta por el médico general

El médico general tiene dentro de sus funciones la prevención de enfermedades o eventos que puedan alterar el estado de salud de las personas; igualmente sucede con las asfixias, por lo que debe tener conocimientos que serán transmitidos a las familias

y cuidadores de personas vulnerables o con altas probabilidades de ser víctimas de una asfixia mecánica.

En el caso de las asfixias causadas por la constricción del cuello (ahorcamiento y estrangulación), el médico debe durante su visita al hogar, centros de trabajo del área, escolares, entre otros, velar y recomendar que no existan objetos que sirvan como dogales a las personas vulnerables.

En relación con la sofocación, las medidas deberán ir encaminadas a educar con relación a los accidentes y al peligro que conlleva la existencia de aditamentos que los niños, minusválidos y los ancianos puedan tragar o broncoaspirar, entre los más frecuentes.

Igualmente, en el caso de la sumersión deberá comunicar a los padres el cuidado y vigilancia estricta que deben tener con los cubos, las bañeras, las cisternas, los pozos, entre otros, en las casas. En las temporadas estivales orientarlos sobre el cuidado en ríos, piscinas y playas, además de los peligros que conllevan las imprudencias en esos medios.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular (1977). Ley de Procedimiento penal (Ley N.º 5) *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; Ed. Ordinaria, 15 de agosto de 1977.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1983). Ley de la Salud Pública (Ley N.º 41) *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; Ed. Ordinaria, 15 de agosto de 1983.

Asamblea Nacional del Poder Popular (1987). Código penal (Ley N.º 62) *Gaceta Oficial de la República de Cuba*; ed. Especial 30 diciembre de 1987.

Fournier Ruiz, I. (1989). *Medicina Legal en Preguntas y Respuestas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Gaceta Oficial de la República de Cuba (1988). Reglamento de la Ley de la Salud Pública (*Decreto Ley 139*); ed. Ordinaria, 22 de febrero de 1988.

Gisbert Calabuig, J.A. (1998). *Medicina Legal y Toxicología,* 5.ta ed. Barcelona: Mazón, S.A.

Lancís y Sánchez, F. (1971). *Lecciones de Medicina Legal*. La Habana: Editorial Andrés Voisin.

Ministerio de Salud Pública (2007). Reglamento General de Hospitales. Anexo a la *Resolución Ministerial N.º 1* de 2007.

Robbins, S.L., Cotran, R.S. (1996). *Patología estructural y funcional*. 5.ta ed.; Madrid: Mc. Grau. Hill. Interamericana de España.

Simonín, C. (1980). *Medicina Legal Judicial*. 2.da ed.; Barcelona: Editorial Jims.

Vargas Alvarado, E. (1996). *Medicina Forense y Deontología Médica*. México: Trilla.

Capítulo 14

Documentos medicolegales

Cristina Hernández Cabrera y Juan Alberto Abreu Scull

A lo largo de este capítulo se desarrollarán aspectos muy importantes para un adecuado desenvolvimiento profesional del médico general. En este se exponen algunos documentos medicolegales que el programa de la asignatura tiene en cuenta como de uso frecuente por el médico general, y con la presentación de sus modelos se pretende que los estudiantes puedan adquirir la habilidad de rellenarlos correctamente.

En el artículo 44 de la Ley de la Salud Pública se definen las actuaciones medicolegales, como:

> Las actividades médicas que se desarrollan en las unidades asistenciales y demás dependencias del Sistema Nacional de Salud, en ocasión de prestarse atención facultativa a una persona que presente enfermedad o lesión en su integridad física o mental que implique una responsabilidad penal.

Es indispensable dejar constancia de estas actuaciones, por lo que existen documentos propios del Sistema de Salud que poseen esta función, y que constituyen los documentos medicolegales.

Se consideran actuaciones medicolegales escritas, en ocasiones acompañadas de imágenes u otras formas de registros que se emplean por el médico en sus relaciones con las autoridades, organismos oficiales y el público en general, en los que se exponen los conocimientos del que los redacta. Durante su implementación, no solo se debe cuidar el contenido, sino la forma de realizarlos. Por ello, el médico que interviene en estos casos no se puede descuidar, a menos que desee parecer como incapaz, bien sea por sus pobres conocimientos medicolegales o por su defectuosa redacción. Ello es debido a que estos deben estar escritos en la forma más clara, lógica y sencilla que sea posible, para que sean comprendidos por quienes no poseen estos conocimientos, sin que dejen de contener desde el punto de vista científico toda la información referente al caso en cuestión.

Características generales de los documentos medicolegales. Entre estas características se tienen:

- Estructura variable, según el documento.
- Escritura clara con lenguaje comprensible.

- Son modelos oficiales.
- Explicativos, pero concisos.
- Adecuados a su finalidad.
- Con legalización de enmiendas.
- Con datos sobre su emisión y de los actuantes, y firma por cada hoja.
- Pueden ser modelos de uso obligado, aunque en ocasiones se refleja la actuación efectuada en cualquier papel, haya o no modelo oficial, como es el caso de la evolución médica en la historia clínica, la remisión médica y el parte médico, entre otros, pero no es lo más correcto.

Documentos medicolegales más importantes y frecuentes

Historia clínica

La historia clínica, también conocida como expediente clínico, es el documento medicolegal por excelencia y el más importante de la relación medicopaciente. Está constituida por varios modelos oficiales, donde se deben hacer constar todas las actuaciones seguidas en la asistencia al sujeto (exámenes complementarios, investigaciones, diagnósticos, evolución, tratamientos, rehabilitación y alta, entre otros), ya que recoge el relato escrito y cronológico del estado de salud o enfermedad y los elementos que lo avalan. Esta puede ser individual y familiar, ambulatoria o del ingresado institucional. Se encuentra sometida al secreto profesional y posee un valor asistencial, científico, docente y legal.

En su origen reflejó una necesidad asistencial derivada de la complejización y socialización del acto médico, y que obligó a recurrir a un medio de comunicación. Fue pensada de manera exclusiva para el paciente internado, si bien con posterioridad aparece también en la atención ambulatoria.

Refleja en su contenido, tanto los aspectos técnico-asistenciales, como algunos de naturaleza ética. Su carácter de documento le confiere un trascendente valor jurídico, administrativo y estadístico de utilidad práctica en los planos epidemiológico, docente e investigativo.

La historia clínica es fundamental tanto para analizar y resolver problemas clínicos, como para encarar procedimientos relacionados con los aspectos bioéticos del caso concreto. Uno de los documentos que la componen, es el del consentimiento informado, que es aquel mediante el cual se garantiza que el sujeto ha autorizado de manera voluntaria a que se le realicen investigaciones y procedimientos; luego de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Este consentimiento está fundamentado en el principio de autonomía, uno de los principios de la bioética, que

se refiere al derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. Cuando este paso se obvia en la historia clínica, pueden surgir quejas con relación a los principios de la ética médica, específicamente en lo referente a la relación entre el médico y el paciente.

Desde el punto de vista de la responsabilidad jurídica, su importancia deriva de su potencialidad como medio de prueba. De hecho, resulta prácticamente rutinario que, ante una demanda o una denuncia penal originada en un hecho asistencial, la primera acción de la Instrucción Penal sea la solicitud de la historia clínica a la institución involucrada y la ocupación de esta.

Se ha resaltado la importancia decisiva que para un caso de responsabilidad médica tendría todo aquello que "parezca" o "no aparezca" registrado en la historia clínica, equivale casi a la prueba de lo realizado y lo no realizado. Su valor derivaría de la utilidad que le confiere haber sido elaborada con anterioridad al reclamo, recomendándose que sus hojas se encuentren foliadas. De ahí la importancia de una metódica elaboración de la historia clínica, consignando todos los hallazgos, como aquello que, habiendo sido en especial buscado, resultó negativo y contribuyó a establecer los planteamientos diagnósticos y fundamentar las decisiones terapéuticas.

Las partes involucradas en este importante documento medicolegal son:

- El médico, que la debe elaborar.
- El paciente, sujeto y objeto de esta.
- El centro asistencial, que la custodia.
- Otros profesionales y técnicos que la utilizan.

El Reglamento General de Hospitales en su artículo 123 establece que su contenido y ordenamiento estarán regulados de acuerdo con las características de cada especialidad.

Los usos de las historias clínicas son:

- Asistencial: Permite comprobar el desarrollo del estudio y la conducta seguidos con el paciente.
- Docente: Contribuye de forma activa en el proceso docente educativo de pregrado y posgrado.
- Investigativo: Para el desarrollo de nuevos conocimientos y mejorar la asistencia médica.
- Auditoría médica: Para controlar la atención que se presta y evaluar asuntos específicos.
- Judicial: Cuando existen asuntos de competencia de la justicia vinculados a su información.

Receta médica

La receta médica es el documento por medio del cual el médico da a conocer la prescripción terapéutica hecha. De acuerdo con la Instrucción 1/2018 del Ministro de Salud Pública, se encuentran vigentes el modelo 53-78 para uso en La Habana y el modelo 53-05-04 para uso en el resto del país (Fig. 14.1).

La receta médica debe contener la información mínima siguiente:

- Institución donde se emite y especialidad.

- Datos del producto: Nombre, forma farmacéutica, presentación y cantidad.
- Datos del médico: Nombre, apellidos, firma y registro profesional, mediante el empleo del cuño.
- Datos del paciente: Nombre, carné de identidad, diagnóstico y dirección particular.
- Señalamientos especiales: Fecha, y cuño de la institución donde se emite. Con respecto al cuño de la institución, existe una particularidad, la forma de este reflejará qué tipo de subordinación presenta la institución donde se emite la receta: municipal, provincial y nacional, y esto a su vez repercutirá en el alcance que tenga. Ello se traduce en que el medicamento prescrito podrá obtenerse en el municipio o la provincia a la que se subordine la institución donde se emite, y en el caso de las instituciones de subordinación nacional, estas tendrán valor legal en toda Cuba.

A B

Fig. 14.1. A: Modelo para uso en La Habana; B:Modelo para uso en el resto del país.

Certificados médicos

Los certificados médicos son documentos mediante los cuales el médico da constancia de hechos ciertos, relativos a su actuación profesional. Constan de preámbulo, parte expositiva y fórmula final. Entre los tipos más frecuentes se encuentran:

- Certificado de asistencia de primera intención de un lesionado (modelo 53-13) (Anexo 14.1).
- Certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas (modelo 53-13-1) (Anexo 14.2, modelo y guía para el examen clínico). La guía para el examen clínico se observa en el reverso del modelo
- Certificado médico (modelo 53-63): Es el que se emplea para establecer el diagnóstico del estado de salud o enfermedad del trabajador en el momento que el médico de asistencia debe certificarlo. Tiene como objetivo el de recibir las prestaciones establecidas por el régimen de seguridad social cubano, ya sea de tipo monetarias

como son el subsidio por enfermedad o por licencia de maternidad o para recibir las prestaciones en especie como son los medicamentos normados por tarjeta, siendo estos, los usos fundamentales (Anexo 14.3).

– Certificado de defunción: Este a su vez puede ser de tres tipos:
  • De defunción fetal.
  • De defunción neonatal.
  • Modelo 8-111 (18-39), para fallecidos de 28 días o más, que es el de uso más frecuente por el médico general (Anexo 14.4).

El Ministerio de Salud Pública ha establecido modelos oficiales para cada uno de estos certificados. No obstante, en caso de no existir los modelos, pudieran confeccionarse en hojas en blanco, siempre y cuando se respete su estructura, y exceptuando el certificado médico de defunción, que su modelo oficial es de uso obligado.

El lector cuenta con la explicación detallada de cada uno de estos certificados en los capítulos correspondientes: Traumatología forense, Toxicología forense, Seguridad social y Tanatología forense.

Existen otros documentos medicolegales que, como médico general, se deben conocer, aunque se emplean con menos frecuencia. Entre estos se encuentran:

– El parte o notificación: Es un documento breve sin modelo oficial, mediante el cual los médicos de asistencia comunican un hecho a una autoridad fundamentalmente. En su formato constan de preámbulo con los datos del examinado, el cuerpo o exposición con la descripción de lo observado, el pronóstico medicolegal (en el parte de estado), así como el diagnóstico presuntivo de las causas de la muerte (en el parte de defunción) que sería la parte final con cuño y firma del que expide para oficializarlo. Entre los más frecuentes y de gran interés medicolegal se pueden citar:
  • Parte de estado (del lesionado, incluye intoxicaciones y abortos).
  • Parte de defunción.
– La carta-oficio o comunicación: Es el documento que se escribe a las autoridades competentes, solicitando datos, aclaraciones, el que acompaña otros documentos medicolegales. Se extiende para acusar recibo de algún documento u objeto que se haya entregado o enviado al médico perito, para dar por notificado un nombramiento como perito, aceptándolo o no, pedir datos, aclaraciones, instrucciones, contestar sobre cualquier asunto durante el proceso o pleito, acompañar otro documento u objeto o comunicar excusa. También se emplea en todos los casos en que se exige el parte y se prefiere sustituir por este, así como en todos los casos en que socialmente se requiere una carta.
– El resumen de historia clínica también es un documento medicolegal que con frecuencia debe ser confeccionado por los médicos de asistencia. Se realiza extrayendo de la historia clínica los datos de relevancia que reflejen de manera cronológica todo lo sucedido con el paciente, así como los tratamientos impuestos y los principales procedimientos realizados. En el artículo 128 del Reglamento General de Hospitales se establece que la confección de este documento es responsabilidad de cada Jefe

de Servicio, cuando su objetivo es el traslado de los pacientes a otras instituciones hospitalarias.
- El documento de remisión, además de la información en cuanto a la clínica y el motivo o los motivos de la remisión, consta de otros datos como la institución de procedencia, la institución a la que se remite, la fecha y la hora de la remisión, entre otros. Previo a la confección de este, debe realizarse la coordinación entre las instituciones de salud (procedencia y destino), antes de ser trasladado el paciente.

Metodología para el correcto llenado de los documentos medicolegales

En cualquier circunstancia, debe tenerse en cuenta ciertos principios generales para la emisión de un documento medicolegal; de esta forma se establece lo siguiente:
- Deben ser manuscritos con letra clara y legible.
- Se debe utilizar tinta de color negro o azul.
- No pueden tener borrones ni tachaduras, siendo preferible, cuando se cometan errores, confeccionar un documento nuevo o hacer las correcciones al margen (cuando se trata del certificado médico de defunción) acuñando la rectificación.
- Estos documentos se deben legalizar con la firma de quien(es) corresponda.
- El uso de abreviaturas o siglas está limitado a las que se especifican como aceptadas en los propios documentos que las admiten.
- Todos los datos personales que se precisen deben obtenerse del carné de identidad, siempre que sea posible.

Bibliografía

Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba (1983). Ley N.º 41. Ley de la Salud Pública. 15 agosto 1983.

Fournier Ruiz, I. (1989). *Medicina Legal en Preguntas y Respuestas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González Pérez, J., Montalvo Vidal, E., Gálvez Cabrera, E., Tamame Camargo, A., Basanta Montesinos, A.M. *et al.* (2009). *Medicina Legal y Ética Médica* [CD ROM] La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Ministerio de Salud Pública, Cuba (1982). Resolución N.º 176 de 1982. Sobre el Certificado Médico. (En archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).

Ministerio de Salud Pública, Cuba (1982). Resolución N.º 139 de 1982. Sobre Certificado de Asistencia Médica de Primera Intención de un Lesionado (En archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).

Ministerio de Salud Pública, Cuba (2015). Resolución N.º 872 de 2015. Procedimiento para la confección de los Certificados Médicos de Defunción fetal, Defunción Neonatal y para fallecidos de 28 días y más. (En archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).

Ministerio de Salud Pública (1988). Decreto Ministerial 139 Reglamento de Ley de la Salud Pública. 22 de febrero de 1988. *Gaceta Oficial de la República*, Cuba.

Ponce Zerquera, F. *et al.* (1999). Medicina Legal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas y Editorial Pueblo y Educación.

Anexos

Anexo 14.1. Certificado de asistencia de primera intención de un lesionado

MOD 53-13 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITALES Y POLICLÍNICOS. Unidad:	***CERTIFICADO DE ASISTENCIA DE PRIMERA INTENCIÓN DE UN LESIONADO***

EL QUE SUSCRIBE:

DR. _____

CERTIFICA:

QUE SIENDO LAS _____AM ? PM ? DEL DÍA _____ MES _____ DE 20_____

HA ASISTIDO DE PRIMERA INTENCIÓN A UN INDIVIDUO QUE DICE ? DIJERON ? LLAMARSE

_____ _____NATURAL DE _____

DE _____ AÑOS DE EDAD, DEL SEXO _____HIJO DE _____Y DE

_____Y VECINO DE _____

_____ CARNET DE IDENTIDAD No. _____

QUE FUE CONDUCIDO O ACOMPAÑADO POR:_____

DE LAS SIGUIENTES LESIONES _____

_____

_____

_____

EL PRONÓSTICO MEDICO-LEGAL, QUE CORRESPONDE ES EL SIGUIENTE:

O GRAVE SI O NO O PONE EN PELIGRO INMINENTE LA VIDA POR PRESENTAR:

_____

_____

_____

O NO GRAVE QUE REQUIERE TRATAMIENTO MEDICO.

O NO GRAVE SIN NECESIDAD DE ASISTENCIA MEDICA.

SE TRASLADA A: _____

PARA CONTINUAR BAJO ATENCIÓN MEDICA EN EL MISMO.

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

FIRMA

Anexo 14.2. A: Certificado de reconocimiento por ingestión de bebidas alcohólicas

MOD. 53-13-1
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITALES Y POLICLÍNICOS
UNIDAD:

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO POR INGEST BEBIDAS ALCOHÓLICAS

EL QUE SUSCRIBE:

DR.: _____

CERTIFICA:

QUE SIENDO LAS _____ A.M. ? P.M. ? DEL DIA____DE _____ DE _____

HE RECONOCIDO A UN INDIVIDUO QUE DICE ? DIJERON ? LLAMARSE_____

NATURAL DE_____ DE _____AÑOS DE EDAD, DEL SEXO _____, HIJO DE _____
_____ Y VECINO
_____, CARNÉ DE IDENTI
_____

QUE FUE CONDUCIDO O ACOMPAÑADO
_____

QUE COMO RESULTADO DEL EXAMEN CLÍNICO PRACTICADO ESTE INDIVIDUO:

1ro. SI ? HA INGERIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS
NO ?

2do. SI ? ESTA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA
NO ?

_____
FIRMA

Anexo 14.2. B: Guía para el examen clínico

GUÍA PARA EL EXAMEN CLÍNICO

1- ALIENTO ETÍLICO

2- EUFORIA

3- LOCUACIDAD

4- DISARTRIA

5- INCOORDINACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES

5,1 PRUEBA ÍNDICE – INDICE

5,2 PRUEBA ÍNDICE – NARIZ

6- INCOORDINACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES

6,1 PRUEBA TALÓN - RODILLA

6,2 SIGNO DE ROMBERG

7- MARCHA ATÁXICA

8- OTROS

Anexo 14.3. Certificado médico

CERTIFICADO MÉDICO

Datos del paciente

1er apellido	2do apellido	Nombre:	Edad:	Sexo: Masc. ( ) Fem.( )

Vecina de: Municipio:

Ocupación actual:	Centro de trabajo:	No Hist Clinica

Por la unidad asistencial

Facultativo 1er apellido	2do apellido	Nombre:

Facultativo que presta asistencia en _____

Certificando que a las _____am del dia_____de ___ _____

He examinado al paciente:

Diagnóstico: _____

_____

_____

_____

Tratamiento: _____

_____

( ) Puede seguir trabajando

Retorno al trabajo

( )Está incapacitado por_____ dias de conformidad con

( ) enfermedad

El examen practicado estimo que se trata de un caso de

( ) accidente

Observaciones: _____ _____

_____

_____

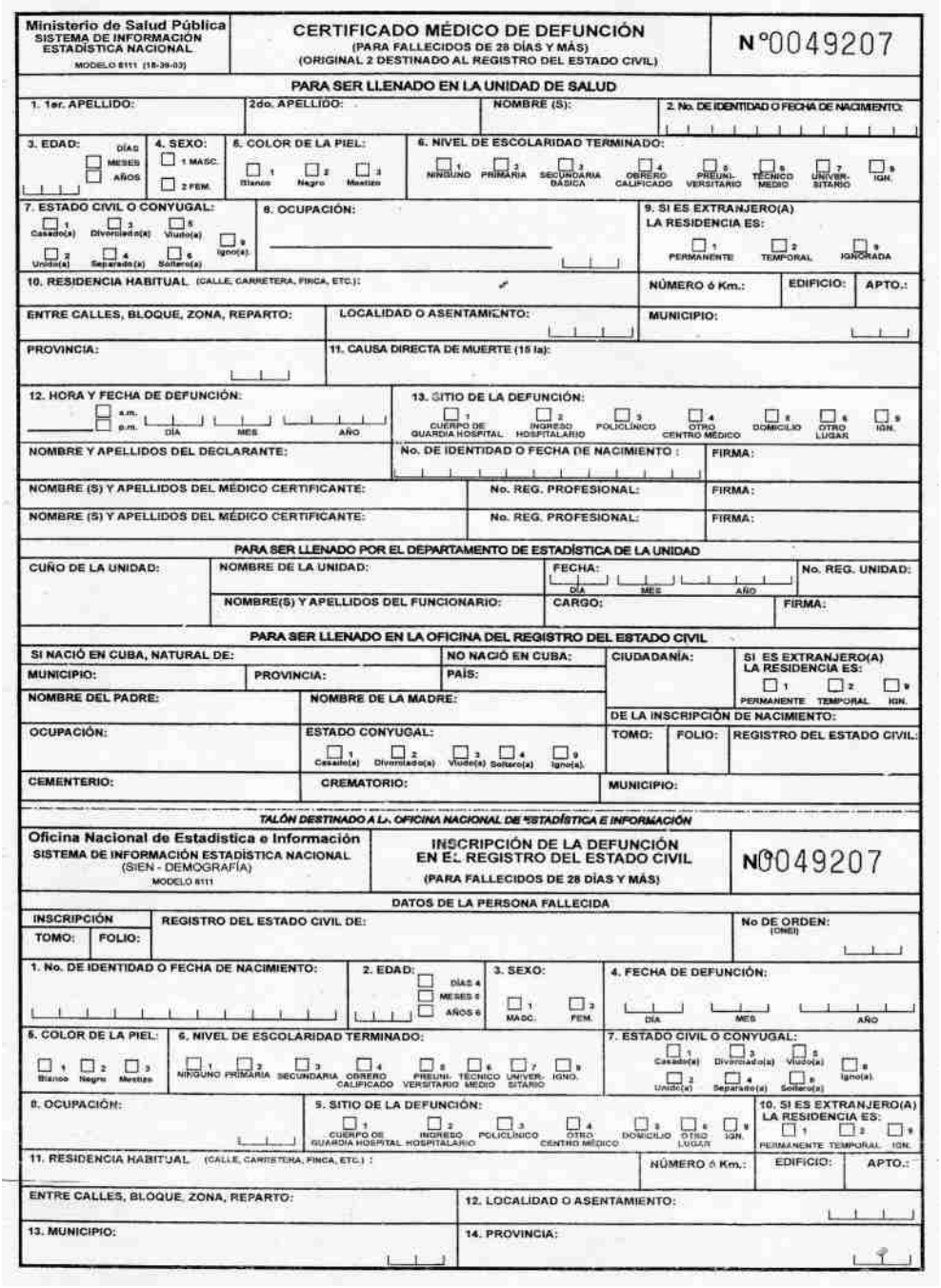
y para constancia debida expido el presente en: _____ a los ___dias del mes de: _____

Firma del facultativo: _____

Datos del registro

Nombre y apellido (Persona que registra)	Firma	Fecha	No orden:

Anexo 14.4. Certificado médico de defunción



Ministerio de Salud Pública
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL
MODELO 6111 (18-39-03)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
(PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)
(ORIGINAL 2 DESTINADO AL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL)

N°0049207

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD

1. 1er. APELLIDO: | 2do. APELLIDO: | NOMBRE (S): | 2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:

3. EDAD: DÍAS / MESES / AÑOS | 4. SEXO: 1 MASC. / 2 FEM. | 5. COLOR DE LA PIEL: 1 Blanco, 2 Negro, 3 Mestizo | 6. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: 1 NINGUNO, 2 PRIMARIA, 3 SECUNDARIA BÁSICA, 4 OBRERO CALIFICADO, 5 PREUNIVERSITARIO, 6 TÉCNICO MEDIO, 7 UNIVERSITARIO, 9 IGN.

7. ESTADO CIVIL O CONYUGAL: 1 Casado(a), 2 Unido(a), 3 Divorciado(a), 4 Separado(a), 5 Viudo(a), 6 Soltero(a), 9 Ignor(a). | 8. OCUPACIÓN: | 9. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: 1 PERMANENTE, 2 TEMPORAL, 9 IGNORADA

10. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.): | NÚMERO ó Km.: | EDIFICIO: | APTO.:

ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO: | LOCALIDAD O ASENTAMIENTO: | MUNICIPIO:

PROVINCIA: | 11. CAUSA DIRECTA DE MUERTE (15 la):

12. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: a.m. / p.m. — DÍA / MES / AÑO | 13. SITIO DE LA DEFUNCIÓN: 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL, 2 INGRESO HOSPITALARIO, 3 POLICLÍNICO, 4 OTRO CENTRO MÉDICO, 5 DOMICILIO, 6 OTRO LUGAR, 9 IGN.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE: | No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO : | FIRMA:

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE: | No. REG. PROFESIONAL: | FIRMA:

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE: | No. REG. PROFESIONAL: | FIRMA:

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD

CUÑO DE LA UNIDAD: | NOMBRE DE LA UNIDAD: | FECHA: DÍA / MES / AÑO | No. REG. UNIDAD:

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO: | CARGO: | FIRMA:

PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

SI NACIÓ EN CUBA, NATURAL DE: | NO NACIÓ EN CUBA: | CIUDADANÍA: | SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: 1 PERMANENTE, 2 TEMPORAL, 9 IGN.

MUNICIPIO: | PROVINCIA: | PAÍS:

NOMBRE DEL PADRE: | NOMBRE DE LA MADRE: | DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO:

OCUPACIÓN: | ESTADO CONYUGAL: 1 Casado(a), 2 Divorciado(a), 3 Viudo(a), 4 Soltero(a), 9 Ignor(a). | TOMO: | FOLIO: | REGISTRO DEL ESTADO CIVIL:

CEMENTERIO: | CREMATORIO: | MUNICIPIO:

TALÓN DESTINADO A LA OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN

Oficina Nacional de Estadística e Información
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL
(SIEN - DEMOGRAFÍA)
MODELO 6111

INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL
(PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)

N0049207

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

INSCRIPCIÓN — TOMO: | FOLIO: | REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE: | No DE ORDEN: (ONEI)

1. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO: | 2. EDAD: DÍAS 4 / MESES 5 / AÑOS 6 | 3. SEXO: 1 MASC. / 3 FEM. | 4. FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA / MES / AÑO

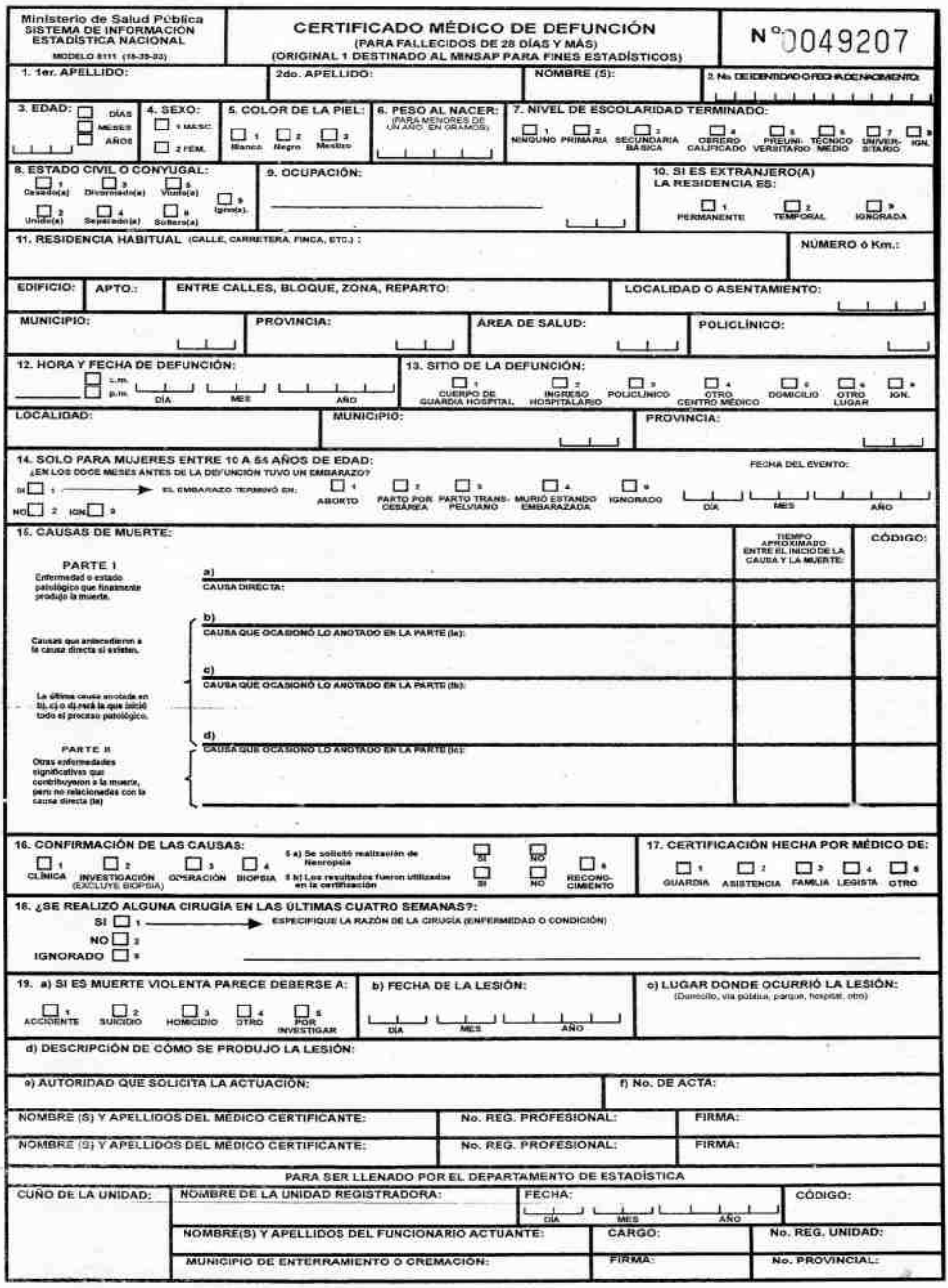
5. COLOR DE LA PIEL: 1 Blanco, 2 Negro, 3 Mestizo | 6. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: 1 NINGUNO, 2 PRIMARIA, 3 SECUNDARIA, 4 OBRERO CALIFICADO, 5 PREUNIVERSITARIO, 6 TÉCNICO MEDIO, 7 UNIVERSITARIO, 9 IGNO. | 7. ESTADO CIVIL O CONYUGAL: 1 Casado(a), 2 Unido(a), 3 Divorciado(a), 4 Separado(a), 5 Viudo(a), 6 Soltero(a), 8 Ignor(a).

8. OCUPACIÓN: | 9. SITIO DE LA DEFUNCIÓN: 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL, 2 INGRESO HOSPITALARIO, 3 POLICLÍNICO, 4 OTRO CENTRO MÉDICO, 5 DOMICILIO, 6 OTRO LUGAR, 9 IGN. | 10. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: 1 PERMANENTE, 2 TEMPORAL, 9 IGN.

11. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.) : | NÚMERO ó Km.: | EDIFICIO: | APTO.:

ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO: | 12. LOCALIDAD O ASENTAMIENTO:

13. MUNICIPIO: | 14. PROVINCIA:



Ministerio de Salud Pública
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL
MODELO 8111 (10-35-02)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

(PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)
(ORIGINAL 1 DESTINADO AL MNSAP PARA FINES ESTADÍSTICOS)

N° 0049207

1. 1er. APELLIDO: | 2do. APELLIDO: | NOMBRE (S): | 2 No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:

3. EDAD: DÍAS / MESES / AÑOS | 4. SEXO: 1 MASC. / 2 FEM. | 5. COLOR DE LA PIEL: 1 Blanco, 2 Negro, 3 Mestizo | 6. PESO AL NACER: (PARA MENORES DE UN AÑO EN GRAMOS) | 7. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: 1 NINGUNO, 2 PRIMARIA, 3 SECUNDARIA BÁSICA, 4 OBRERO CALIFICADO, 5 PREUNIVERSITARIO, 6 TÉCNICO MEDIO, 7 UNIVERSITARIO, 9 IGN.

8. ESTADO CIVIL O CONYUGAL: 1 Casado(a), 2 Divorciado(a), 3 Viudo(a), 4 Unido(a), 5 Separado(a), 6 Soltero(a), 9 Ignor(a).

9. OCUPACIÓN:

10. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: 1 PERMANENTE, 2 TEMPORAL, 9 IGNORADA

11. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.): | NÚMERO ó Km.:

EDIFICIO: | APTO.: | ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO: | LOCALIDAD O ASENTAMIENTO:

MUNICIPIO: | PROVINCIA: | ÁREA DE SALUD: | POLICLÍNICO:

12. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: a.m. / p.m. — DÍA / MES / AÑO

13. SITIO DE LA DEFUNCIÓN: 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL, 2 INGRESO HOSPITALARIO, 3 POLICLÍNICO, 4 OTRO CENTRO MÉDICO, 5 DOMICILIO, 6 OTRO LUGAR, 9 IGN.

LOCALIDAD: | MUNICIPIO: | PROVINCIA:

14. SOLO PARA MUJERES ENTRE 10 A 54 AÑOS DE EDAD:
¿EN LOS DOCE MESES ANTES DE LA DEFUNCIÓN TUVO UN EMBARAZO? SI 1 → EL EMBARAZO TERMINÓ EN: 1 ABORTO, 2 PARTO POR CESÁREA, 3 PARTO TRANSPELVIANO, 4 MURIÓ ESTANDO EMBARAZADA, 9 IGNORADO
NO 2 IGN 9
FECHA DEL EVENTO: DÍA / MES / AÑO

15. CAUSAS DE MUERTE:

		TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE:	CÓDIGO:
PARTE I. Enfermedad o estado patológico que finalmente produjo la muerte.	a) CAUSA DIRECTA:		
Causas que antecedieron a la causa directa si existen.	b) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE (a):		
La última causa anotada en b), c) o d) será la que inició todo el proceso patológico.	c) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE (b):		
PARTE II. Otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la causa directa (a)	d) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE (c):		

16. CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS: 1 CLÍNICA, 2 INVESTIGACIÓN (EXCLUYE BIOPSIA), 3 OBSERVACIÓN, 4 BIOPSIA
5 a) Se solicitó realización de Necropsia — SI / NO
5 b) Los resultados fueron utilizados en la certificación — SI / NO
6 RECONOCIMIENTO

17. CERTIFICACIÓN HECHA POR MÉDICO DE: 1 GUARDIA, 2 ASISTENCIA, 3 FAMILIA, 4 LEGISTA, 5 OTRO

18. ¿SE REALIZÓ ALGUNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?:
SI 1 → ESPECIFIQUE LA RAZÓN DE LA CIRUGÍA (ENFERMEDAD O CONDICIÓN)
NO 2
IGNORADO 9

19. a) SI ES MUERTE VIOLENTA PARECE DEBERSE A: 1 ACCIDENTE, 2 SUICIDIO, 3 HOMICIDIO, 4 OTRO, 5 POR INVESTIGAR
b) FECHA DE LA LESIÓN: DÍA / MES / AÑO
c) LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: (Domicilio, vía pública, parque, hospital, otro)

d) DESCRIPCIÓN DE CÓMO SE PRODUJO LA LESIÓN:

e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACIÓN: | f) No. DE ACTA:

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE: | No. REG. PROFESIONAL: | FIRMA:

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE: | No. REG. PROFESIONAL: | FIRMA:

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

CUÑO DE LA UNIDAD: | NOMBRE DE LA UNIDAD REGISTRADORA: | FECHA: DÍA / MES / AÑO | CÓDIGO:

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE: | CARGO: | No. REG. UNIDAD:

MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO O CREMACIÓN: | FIRMA: | No. PROVINCIAL:

INSTRUCCIONES GENERALES

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN(ORIGINAL1): Esta parte del modelo se utilizará para fines estadísticos, lo llena el médico según las instrucciones.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN (ORIGINAL 2): Esta parte del modelo se utilizará para registrar la defunción y autorizar el enterramiento. La primera parte la llena el médico y la segunda la Oficina de Registro del Estado Civil.

Instrucciones para el médico certificante (Sobre el llenado de algunos datos)

No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO: Anotar el número del documento de identidad. Si no dispone del carné de identidad, anote la fecha de nacimiento de izquierda a derecha en el siguiente orden: año, mes y día, el resto de los espacios se anulan con una línea continua.
Ej.: 10 de abril de 1932, se anota en orden inverso: /3/2/0/4/1/0/—/—/—/—/—/—/

EDAD: Especifique en el escaque la cantidad de días, meses o años de edad que tenía en el momento de la defunción, en correspondencia con la casilla marcada anteriormente.

COLOR DE LA PIEL: Incluir en "mestizo" cualquier otro color de la piel no blanco o negro.

ESTADO CIVIL O CONYUGAL: Se capta para las personas de 12 años y más.

OCUPACIÓN: La ocupación es la que tenía en el momento de la defunción. No anote "empleado (a)", "obrero(a)", "oficinista", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realizara. Ejemplo: "Obrero(a) agrícola", "mecánico(a) automotor", "carpintero(a) ebanista", "auxiliar pedagógica", "Ingeniero(a) civil". Si no trabajara, anote: "ama de casa", "estudiante", "desocupado(a)", "jubilado(a)", etc. Se capta para las personas de 15 años y más.

SITIO DE LA DEFUNCIÓN: Si la defunción ocurre en Cuerpo de Guardia de un policlínico, se anota Policlínico, si es en el trayecto se anota en Otro lugar.

SOLO PARA MUJERES DE ENTRE 10 A 54 AÑOS DE EDAD: En caso de existir más de un embarazo en los 12 años previos a la defunción refiérase al último evento.
Si el certificado que se confeccione se refiere a una embarazada o puérpera, responda igualmente la pregunta.

CAUSAS DE MUERTE
•Cerciórese de la secuencia lógica de las enfermedades que anota como debidas unas a otras. Su relación debe ser causal, etiológica o patológica o, al menos, haber preparado el camino para que ocurriera lo que usted anotó como causa directa en la Parte I a).
•No emplee abreviaturas o siglas, excepto SIDA, EPOC y AVE, agregando a este la patogenia trombótica, hemorrágica, embólica u otra, si la conoce.
•Anote una sola causa en cada renglón y no la repita. No siempre es necesario llenar todas las líneas b, c y d pero es imprescindible que la causa que inició todo el proceso ocupe la última línea llenada en la Parte I.
•Debe prescindirse, en la certificación médica de las causas de muerte, de las palabras: encamamiento, postración, senilidad, vejez, fallo de bomba, fallo cardiaco o de otros órganos, anoxia, caquexia y otros términos, signos y síntomas, útiles en la práctica médica diaria, pero que no constituyen enfermedades propiamente dichas.
•Anote sistemáticamente el tiempo de duración de las enfermedades: 5 días, 6 meses, 19 años. Si no lo conoce con precisión, exprese una aproximación según lo que sepa: minutos, varios días, meses, más de 10 años.
•En Parte II anote las enfermedades coexistentes importantes, si existen, que a su juicio contribuyeron a la muerte, pero sin tener relación con la causa final o directa, que Ud. anotó en la Parte I a).

ESPECÍFICAS:
Encamamiento o Postración: Esta no es una causa de defunción es un estado que presentaba el paciente, debe incluirse la causa que lo condicionó.
Bronconeumonía no hipostática: En edades avanzadas, pocas veces es la causa que inició el proceso (indique si existió enfermedad de base que la condicionara). Si es Hipostática; nunca es la causa inicial, agregue la enfermedad o condición morbosa que llevó a la inmovilización.
Tromboembolismo pulmonar, edema agudo del pulmón, sepsis generalizada, escaras, hemorragias, hemiplejías, deshidratación, peritonitis e insuficiencia de órganos: No suelen ser causas que iniciaron el proceso, sino consecuencias de otras que deben especificarse en el renglón siguiente.
Infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico, tumor maligno: Cerciórese que estas causas están confirmadas o hay evidencias clínicas para certificarlas.
Tumor: Especifique si maligno, benigno o indeterminado. Siempre que se conozca, anote el órgano y la parte de éste en que se localiza. Ej. a) Hipertensión endocraneana, b) Metástasis en cerebro, c) Carcinoma epidermoide de lóbulo superior pulmón derecho.
Arterioesclerosis generalizada: Cuando deba anotarla como causa básica, anote también entre ella y la causa final o directa, si le constan, localizaciones más precisas como arterioesclerosis cerebral, cardioesclerosis, nefroangioesclerosis. Ej. a) infarto agudo del miocardio, b) cardioesclerosis, c) arterioesclerosis generalizada.
Hipertensión Arterial: Especificar complicaciones (cardiovas culares, cerebrovasculares, renales y otras).
Operación quirúrgica: Debe anotarse en el renglón que corresponda, cuando es necesario, para esclarecer de forma lógica la secuencia de causas que se certifica. Ej: a) sepsis generalizada, b) sepsis de la herida, c) apendicectomía, d) apendicitis aguda. Independiente al llenado del acápite 18.
Causas violentas: Solo están bien certificadas cuando después de anotar las lesiones orgánicas, se anota el evento externo como causa que inició el proceso: caída, colisión, envenenamiento, sumersión u otra con las especificaciones que se solicitan en acápite 19.
Fractura de cadera: Anote cómo, dónde y cuándo ocurrió el evento.

CERTIFICACION HECHA POR MÉDICO DE: Guardia: Todo médico que se encuentre en esas funciones, incluye médico de familia, excluye legista.

SI ES MUERTE VIOLENTA: Debe llenar los incisos a), b), c), d), e) y f), del acápite 19, el médico legista o el médico actuante en función.

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO CERTIFICANTE: Si la muerte es natural, certificará uno solo. Si la muerte es violenta certificarán dos, siempre que sea posible.

INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL: Talón desprendible que llena la Oficina del Registro del Estado Civil destinado a la ONEI municipal.

DOCTOR:
La atención que Usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionadas con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional y con la planificación del desarrollo perspectivo de la salud pública cubana.

Muchas gracias

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Fundamentos de MEDICINA LEGAL

Fundamentos de medicina legal está dirigida fundamentalmente a los estudiantes de la carrera de Medicina, pero, además, es una fuente importante de consulta para médicos, juristas, psicólogos, biólogos, criminólogos entre otros profesionales en el momento de enfrentar situaciones en el marco de los procedimientos medicolegales y de la legislación vigente. El libro surge porque los conocimientos en cuanto a las ciencias médicas en general y a la propia medicina legal han evolucionado, así como los planes de estudio y la legislación del país han sido actualizados.

La obra cuenta con 14 capítulos que incluyen temas como: generalidades; derecho médico, ética médica y bioética; traumatología forense; toxicología forense; sexología forense; obstetricia legal; psiquiatría forense; seguridad social; identidad, y un aparte necesario para la genética y la tanatología forense, y un capítulo de documentos medicolegales.

El colectivo de autores lo integran expertos en estos temas, y liderados por el Doctor Francisco Ponce Zerquera, profesor e investigador con una vasta experiencia en la asignatura. Todos pusieron en estas páginas sus conocimientos, con el objetivo de brindar una herramienta de inestimable valor para el futuro médico.

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu