

MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Incidencias médico-legales urgentes



 **SANDOZ**

Una decisión saludable

Sandoz Farmacéutica, S.A.
Centro Empresarial Osa Mayor
Av. Osa Mayor 4, Área D
28023 Aravaca - Madrid
Tel. 902 11 87 61

www.webgenericos.com

a Novartis company



 **SANDOZ**
Una decisión saludable

04

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Incidencias médico-legales urgentes

Autores:

ANTONIO HIDALGO CARBALLAL
Médico forense

ANA DE SANTIAGO NOCITO
Médico de Atención Primaria

JULIA GONZÁLEZ PERNÍA
Jurista

 **SANDOZ**
Una decisión saludable



Actividad acreditada por la Comisión
de Formación Continuada del MSyC con **3,5 créditos**
(para todo el curso)



ÍNDICE GENERAL

MÓDULO 1

El facultativo, la deontología y la ley

- Atención Primaria, Código de Ética Médica y Código Penal
- Auxilio médico asistencial a la Administración de Justicia
- Responsabilidad profesional médica

MÓDULO 2

Binomio derecho-deber en la relación médico-paciente

- Ley reguladora de la autonomía del paciente. Introducción
- Derecho a la información
- Derecho a la participación
- Derecho a la confidencialidad
- Deberes del enfermo. Violencia en la consulta

MÓDULO 3

Información clínica escrita y documentación médico-legal

- Documentos médico-legales. Introducción
- Historias clínicas
- Partes médicos. Parte de alta médica. Parte judicial de lesiones
- Certificados médicos

MÓDULO 4

Incidencias médico-legales urgentes

- Agresiones a la mujer
- Atentados contra la integridad sexual
- Aborto clandestino
- Internamiento psiquiátrico involuntario
- Cadáveres judiciales

MÓDULO 5

Problemas deontológicos y forenses del enfermo menor de edad

- Derechos y deberes del menor ante la Medicina española
- Maltrato a la infancia

ÍNDICE

Presentaciones	4, 5
Agresiones a la mujer	7
Atentados contra la integridad sexual	11
Aborto clandestino	15
Internamiento psiquiátrico involuntario	17
Cadáveres judiciales	23
Test	27

PRESENTACIÓN

La Atención Primaria está plagada de situaciones clínicas diversas donde la pericia y el buen hacer del profesional son fundamentales para la correcta consecución de las acciones. Todas las acciones médicas, debido a la trascendencia no sólo sanitaria y personal, sino incluso social y legal que tienen, deben ser resueltas con las garantías legales adecuadas de acorde con el derecho sanitario, los principios deontológicos de la profesión y los valores profesionales de la misma; por todo ello, la formación en áreas de conocimiento importantes, como la Medicina legal, la Deontología y la Bioética, es de vital importancia para el correcto desarrollo de la profesión médica. Sin embargo, sorprende contemplar que pocas horas lectivas se dedican a estas materias, no sólo en el pregrado, sino durante la residencia y en los programas curriculares de los profesionales en ejercicio.

El curso de Medicina legal viene a cubrir un hueco fundamental donde los profesionales jóvenes, por desconocimiento, y los veteranos, por una práctica en muchos casos viciada, acometen acciones que no son del todo correctas desde la perspectiva del Derecho sanitario. Temas de gran importancia y aplicación clínica práctica, como la responsabilidad médica, la ley de autonomía del paciente, la receta, los documentos oficiales de la consulta, el secreto profesional, la objeción de conciencia y muchos más, son tratados con rigor y a la vez con simplicidad y pragmatismo. Por todo ello, este curso es de gran interés, tanto para los residentes de Medicina de familia como para los médicos ya formados que tenemos que revisar conceptos y actuaciones.

Julio Zarco Rodríguez
Presidente Nacional de SEMERGEN

PRESENTACIÓN

Uno de los aspectos más temidos, por desconocidos, de la práctica clínica asistencial es el relativo al contacto del médico con la Administración de Justicia en las distintas ramas del Derecho.

La adecuada sistemática de trabajo en relación a los aspectos legales de la asistencia sanitaria requiere un conocimiento básico de aquellos elementos instrumentales que le resulten útiles al médico para solucionar las diferentes cuestiones que pudieran plantearse en este campo.

Clásicamente, dentro de los diferentes programas formativos de la Licenciatura en Medicina y Cirugía, la ciencia legal y forense ha quedado dedicada al aspecto más teórico y clásico de la misma (ahorcaduras, intoxicaciones por metales pesados...), derivándose de ello una importante limitación en relación a su aplicación a la actividad sanitaria diaria y la subsiguiente falta de interés por parte del facultativo.

La realidad actual nos muestra una situación totalmente contraria, poniéndose de manifiesto constantemente la estrecha relación existente entre el Derecho y la Medicina, entre los juzgados y los médicos, quienes en no pocas ocasiones se constituyen en verdaderos auxiliares necesarios de la Administración de Justicia en temas tan numerosos y variados como la emisión de partes de lesiones y otros documentos médico-legales, los internamientos psiquiátricos involuntarios, la atención a detenidos en dependencias policiales, la violencia contra la mujer, el niño y el anciano, los fallecimientos en circunstancias particulares, etc.

El médico asistencial, como primer conocedor de sucesos tan variados como los expuestos, adquiere un papel relevante e importantísimo en la adecuada resolución de éstos, convirtiéndose así en el inicial comunicador de los mismos al juzgador, haciéndose imprescindible tener unas nociones básicas, claras y concretas en cuanto a los matices forenses y éticos implicados que le permitan establecer una comunicación fluida con los diferentes profesionales involucrados, actuando con seguridad y decisión, mostrándose competente y prudente, utilizando racionalmente los recursos personales y materiales disponibles, evitando dilaciones innecesarias tanto en Sanidad como en Justicia, incluyendo, en definitiva, la deliberación legal y ética en la clínica.

Esta rama del saber se extiende así más allá de la típica actuación del médico forense en relación a la Tanatología, quedando patente la implicación de la Medicina asistencial en los Tribunales y el necesario entendimiento entre aquél y los médicos de Atención Primaria en cuanto al trabajo en equipo que de manera indefectible habrá de realizarse en ciertos supuestos en los que igualmente intervendrán jueces, fiscales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Asuntos Sociales y otros.

El presente curso tiene como objetivo primario responder a las cuestiones de índole legal y deontológico que más frecuentemente se plantean en la consulta diaria de Atención Primaria, estableciendo las pautas de actuación indicadas al caso en función del marco normativo aplicable y las estrategias de abordaje que resulten útiles según la situación concreta, afianzando la actuación del profesional, evitándose con ello conductas inadecuadas de las cuales pudiera derivarse algún tipo de responsabilidad, siendo precisamente éste uno de los principales motivos del rechazo inicial que la Medicina legal y forense provoca en el colectivo sanitario.

Antonio Hidalgo Carballal
Director del curso

Agresiones a la mujer

Con el fin de sensibilizarnos e involucrarnos, en la medida en que ello nos puede ser exigido, en uno de los problemas más acuciantes de la sociedad actual, no podíamos dejar de incluir en esta actividad de formación continuada un capítulo dedicado al diagnóstico de la violencia contra la mujer y su tratamiento forense.

Diagnóstico, que entroncando con las premisas más básicas de la Medicina Preventiva, incluirá esta especial visión de futuro del facultativo en cuanto a intentar que no le pase desapercibido la realidad que del todo estamos seguros está siendo padecida por algunas de sus pacientes, en mayor o menor grado.

Y es que, apartándonos de tópicos conocidos sobradamente, hemos de reconocer que este problema de salud se presenta de manera general en toda la comunidad, sin excepciones.

Efectivamente, ya en el año 1996, en la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Melbourne, en la resolución 49.2 se consideró la violencia como tal problema, prestándose especial atención a las consecuencias sociales de la victimización de la mujer.

La violencia entendida como la utilización de la fuerza física o la coacción contra otra persona, en verdad provocará un menoscabo en la salud del sujeto pasivo, haciéndose así necesaria la intervención del profesional de la Medicina no sólo tras el acaecimiento del suceso concreto, sino como decimos mucho antes en aras a evitar la producción del daño,

conociendo y estudiando los denominados indicadores de maltrato.

El concepto «violencia de género» es la traducción del inglés «*gender-based violence*» o «*gender violence*», expresión difundida a raíz del Congreso sobre la Mujer, que tuvo lugar el Pekín en el año 1995, bajo el auspicio de la Organización de Naciones Unidas.

Con ello se identifica la violencia ejercida contra las mujeres por razón de su sexo, como consecuencia de su tradicional situación de sometimiento al varón en las sociedades de estructura patriarcal.

Al margen de disquisiciones lingüísticas relativas a la conveniencia de su utilización en nuestro país (los académicos defienden que la condición biológica por la cual los seres vivos son masculinos o femeninos, es el sexo y no el género, más apropiado para las cosas) lo que resulta innegable es que la limitación de esta realidad circunscribiéndola en exclusiva a las mujeres resulta cuando menos artificial, al quedar excluidos el grupo de victimización secundaria directa o indirecta: los hijos de uno o ambos cónyuges.

De esta manera, términos tales como maltrato doméstico o intrafamiliar, reflejarán más completamente la realidad de lo acaecido.

En la realidad española las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, existiendo hoy una mayor conciencia que en épocas anteriores sobre ésta, gracias, en buena medida, al esfuerzo realiza-

do por las organizaciones de mujeres en su lucha contra todas las formas de violencia de género. Ya no es un «delito invisible», sino que produce un rechazo colectivo y una evidente alarma social.

Los poderes públicos no pueden ser ajenos a la violencia de género, que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución, sobre la base de que en ningún caso la persona pueda ser sometida a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género, tales como la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros; la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, o la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica; además de las leyes aprobadas por diversas Comunidades Autónomas dentro de su ámbito competencial.

La reacción institucional contra esta cuestión ha culminado con la promulgación de la consabida Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en cuya exposición de motivos queda consignada como la «*violencia que se dirige sobre las mujeres por el*

hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de la libertad, respeto y capacidad de decisión».

La valoración de la misma como «el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad» justifica lo que se ha conocido como discriminación positiva.

Esta definición se completa con su artículo 1.1 según el cual se trata de una «manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia».

En idéntico sentido, su artículo 37 («Protección contra los malos tratos») modifica el artículo 153 del Código Penal, que queda redactado como sigue: «1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado...»

La misión reservada al médico, no podría haber sido otra que la matizada en su artículo 15 («Sensibilización y formación»), en lo tocante a que desde las Administraciones Sanitarias, en el seno del Sistema Nacional de Salud, se promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales para la detección precoz,

y se propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada.

Ya analizamos en el tema dedicado al parte judicial de lesiones el deber de denunciar aquellos delitos que conociéramos en virtud de nuestra actividad laboral (artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), destacando en relación a ello desde la perspectiva de la moral profesional el contenido del artículo 30.1 del Código de Ética y Deontología Médica de 1999: «El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente».

Del estudio de todas las disposiciones mencionadas, lógicamente se deduce que las obligaciones sanitarias para con estas víctimas no difieren en absoluto de las aplicables al resto de los sujetos pasivos de acciones violentas: la atención clínica necesaria, la consignación por escrito de la prestación realizada y su posterior comunicación al juzgador.

La preocupación de la Administración en lo tocante a la imprescindible intercomunicación profesional necesaria para atender a las mujeres maltratadas, ha concluido en la publicación de numerosos y variados manuales de actuación, nacionales, autonómicos e incluso regionales, siendo el más moderno de todos ellos

el «Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género» de la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el mes de abril de 2007.

En la totalidad de los tratados estudiados se estructuran básicamente las mismas estrategias de actuación, prestándose especial atención a la prevención: detección de factores de riesgo y signos de alerta, cuya identificación permita evitar la evolución de la violencia.

Partiendo de la consideración de la Salud Pública, como la propia de la colectividad, tres son los **niveles de prevención** de la violencia:

Primaria

Influir en las causas determinantes.

La capacidad de actuación del facultativo, ciertamente resulta limitada, siendo más un cuestión educativa orientada a la promoción de una cultura igualitaria entre sexos, el respeto y la no tolerancia hacia los agresores.

El médico, a pesar de esta afirmación, sí estará en una muy buena disposición (en cuanto a la comunicación con el paciente), en la detección de factores de riesgo y la educación para la salud respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia (tabla 1).

Secundaria

Diagnóstico precoz en sí mismo; identificación de *indicadores de sospecha*, que posibiliten evitar la progresión de la violencia, su agravamiento y cronificación.

Tabla 1

Prevención primaria

Factores de riesgo

Dependientes de la víctima

- Antecedentes en familia.
- Sumisión hacia el agresor.
- Gestación no deseada.
- Situaciones de cambio vital:
 - Embarazo y puerperio.
 - Noviazgo.
 - Separación.
 - Jubilación propia o de la pareja.
- Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social.
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
 - Enfermedad discapacitante.
 - Dependencia física o económica.

Dependientes del agresor

- Cultura de la violencia.

Dependientes del ambiente

- Desempleo.
- Problemas económicos.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Patología psiquiátrica.
- Aislamiento social.

De nuevo el médico de Atención Primaria es un verdadero privilegiado por el nivel de confianza alcanzado con el paciente, la alta frecuentación de la población a la consulta y la subsiguiente la continuidad y el carácter longitudinal del seguimiento realizado.

Todo ello permite conocer la historia natural del caso actuando cuando las circunstancias así lo hagan necesario.

Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando no existen lesiones físicas.

Tabla 2

Prevención secundaria

Indicadores de sospecha

Propios de la víctima

- Hiperfrecuentación.
- Nerviosismo.
- Reticencia a responder.
- Evitación de exploración.
- Irritabilidad.
- Labilidad emocional.
- Alteraciones alimentarias.
- Largas ausencias.
- Incumplimiento de citas.
- Retraimiento.
- Vestimenta disimuladora.
- Falta de aseo personal.

Propios del agresor

- Excesivo interés.
- Contestador.
- Hostil hacia la mujer.
- Controlador.
- Banalizador.
- Despreocupado.
- Despreciativo.

Propias del cuadro lesivo

- Evolución discordante.
- Frecuencia de aparición.
- Zonas de defensa.
- Mecanismo discordante.

Si el personal de los servicios sanitarios es capaz de profundizar mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado.

La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema (tabla 2).

Terciaria

Una vez se conoce la situación de victimización, sin que se haya podido evitar anteriormente, la labor sanitaria debe enfocarse sobre la cualificación y cuantificación de la situación de *riesgo inmediato*.

Es entonces cuando la comunicación interdisciplinar adquiere máxima importancia, debiendo aprovecharse desde todos los sectores implicados, la potencialidad de sus actuaciones (tabla 3).

En todo ello resulta fundamental fomentar un adecuado **clima de entrevista**, en base a la intimidad de la información recibida (en cuanto a la limitación del acceso a la misma, pero en equilibrio con la denuncia preceptiva), transmitiendo a la víctima la no culpabilidad de su situación y la absoluta repulsa hacia la justificación de la violencia (tabla 4). En el supuesto de concretar la **situación de riesgo** de la paciente, si éste no fuere inminente, puede estruc-

Tabla 3

Prevención terciaria

Riesgo inmediato

Víctima

- Gravedad de las lesiones.
- Componente psíquico.
- Recursos sociales.

Agresor

- Abuso de tóxicos.
- Tenencia de armas.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Repercusión de actuaciones judiciales.

Otros

- Victimización de terceros (ascendientes/descendientes).

turarse una estrategia de seguimiento con la participación de los Servicios Sociales. Si nos encontráramos con un peligro real ya actual, la actitud más adecuada, y prudente pasaría por gestionar la separación de la paciente de su ambiente de violencia, en cuyo caso aquellos profesionales tendrían igualmente un papel fundamental.

Tabla 4

Requisitos de la entrevista clínica con la mujer maltratada

- Estudio sin la pareja.
- Tiempo suficiente.
- Valoración del lenguaje no verbal.
- Escucha activa.
- Empatía.
- No emitir prejuicios.
- No justificar la violencia.
- No culpabilizar.
- No minibar el suceso.
- Confección precisa de la historia clínica.
- Respeto en la toma de decisiones.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- NO utilizar una actitud paternalista.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Ley Orgánica 8/2002, de 24 de octubre, complementaria de la Ley de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas y de modificación del procedimiento abreviado (B.O.E. 28/10/02).

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. 29/12/04).

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia de género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Atentados contra la integridad sexual

Dentro y fuera del contexto de la anteriormente tratada violencia de género, todavía hoy en día seguimos encontrándonos con una de las más terribles realidades de la sociedad, la «violencia de sexo» propiamente dicha.

La Constitución Española de 1978 reconoce en su artículo 15 el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, siendo, sin duda, alguna parte imprescindible de cada uno de estos tres conceptos la manifestación sexual personal, en estrecha relación con el honor y la intimidad (artículo 18).

Nuestro Código Penal, dedica el Título-II del Libro-VIII a los «Delitos contra la libertad e indemnidad sexual», diferenciando cuatro modalidades distintas, en ocasiones de muy difícil valoración médico-forense (tabla 5).

Tal y como hemos visto repetidamente a lo largo de los temas precedentes, en éste y en otros módulos, al igual que ocurre con otros sucesos violentos que tienen consecuencias biológicas, el médico de Atención Primaria adquiere un papel fundamental no sólo en el tratamiento sanitario de la víctima, sino en el inicial investigación judicial y forense del caso, en lo tocante a un aspecto tan fundamental para su adecuado enjuiciamiento como la valoración primaria del estado de la víctima y la comunicación del evento a las autoridades pertinentes.

Es en este tipo de sucesos donde el trabajo en equipo no puede permitirse fisura alguna que no se traduciría sino en una victimización secundaria del sujeto pasivo del delito, en nada justificable.

Debemos tomar conciencia plena de la importancia de cuidar al máximo a este especial colectivo, asumiendo

do las responsabilidades exigibles a cada uno de los profesionales involucrados.

La atención integral y completa de la víctima de una agresión de naturaleza sexual abarca necesariamente su doble consideración como paciente y como sujeto de prueba portadora de indicios biológicos imprescindibles para la identificación del autor (semen, sangre, pelo, saliva).

Partiendo del hecho de que todo episodio de violencia sexual constituye

Tabla 5

Delitos contra la libertad e indemnidad sexual

Agresión sexual

Art.178

«El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de **agresión sexual** con la pena de prisión de uno a cuatro años».

Violación

Art.179

«Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de **violación**, con la pena de prisión de seis a doce años».

Abuso

Art.181

1-«El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de **abuso sexual**, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses».

2-«A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare».

3-«La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima».

Acoso

Art.184.1

«El que solicitare favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de **acoso sexual**, con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses».

una verdadera urgencia tanto médica como legal, la pauta inicial de la asistencia no será otra que corroborar la realidad de lo realmente acaecido, actuando con tranquilidad y prudencia, evitando la movilización de recursos que en nada han de conocer de estos hechos cuando los mismos no reunieran las características delictivas ya expuestas.

Como en toda demanda asistencial, el primer escalón de abordaje no puede ser otro que la propia **anamnesis**, la inicial y rápida historia clínica orientada hacia la constatación de la verdadera entidad del ataque denunciado, la constatación del alcance clínico del suceso, determinando la verdadera naturaleza del episodio violento.

Se exige extremar las condiciones de confidencialidad y respeto en esta primera valoración, preservando la dignidad de la persona entrevistada, no intentado conocer todos y cada uno de los detalles del ataque sufrido (según lo referido), dado que posteriormente habrá de repetirse esta diligencia ante el juez, el fiscal y el forense.

Las pautas indicadas en el tema anterior resultan igualmente de aplicación.

Se trata así, simplemente, de determinar si ha existido violencia física productora de lesiones objetivas que requieran tratamiento, entrando así en la segunda fase de la **exploración clínica**.

Si se hubieren padecido exclusivamente *lesiones de localización extragenital*, sin que sea factible que se haya producido transferencia alguna de vestigios del sujeto activo al

pasivo, se prestará la asistencia terapéutica indicada y se redactará el correspondiente parte judicial de lesiones.

A continuación, se derivará a la paciente al recurso policial para efectuar la denuncia. Siendo entonces cuando, a través del Juzgado, se efectuará el preceptivo reconocimiento forense en el momento procesal oportuno, al haberse comprobado la no urgencia de la pericia.

Si existieran *lesiones genitales o paragenitales* (zona interna de muslos, glúteos, hipogastrio), y ante la posibilidad de recogida de indicios biológicos del agresor, la actuación del médico asistencial se limitará a poner los hechos en conocimiento del Juzgado de guardia (o del estamento policial).

Lógicamente si el cuadro lesivo fuese de importancia, primero se procederá a su tratamiento, preservando en la medida de lo posible aquellos elementos que fueran susceptibles de ulterior estudio forense.

Resulta sencillo entender que no ha de modificarse el aspecto de la víctima, si es que la atención médica se realiza en un intervalo cercano al momento de los hechos.

Se procederá a la urgente remisión de la víctima al Servicio de Ginecología hospitalario, donde acudirá el médico forense al efecto de realizar su valoración lesiva y la subsiguiente recogida de muestras, en colaboración con los facultativos de aquél.

Se posibilita así la exploración conjunta y coordinada de ambos médicos, a los efectos ya referidos de no prolongar el sufrimiento de la víc-

tima, desde la perspectiva legal y ética.

Una vez más, la comunicación directa permitirá atender mejor y más diligentemente a los pacientes.

En el ámbito médico legal, la directiva básica a efectos de tomas de muestras es la «Orden de 8 de noviembre de 1996, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología», destacando el aspecto relativo a lo que se denomina «cadena de custodia», entendida como el conjunto de medios de aseguramiento de la idoneidad de las medidas de toma y envío al laboratorio.

No olvidemos que tal como se recoge en la Ley de Enjuiciamiento Criminal en sus artículos 346 - 368 y en la Ley Orgánica del Poder Judicial, cualquier facultativo puede ser designado como perito por el juez, en sustitución o como cooperador del médico forense.

Desde una perspectiva mucha más asistencial, no debemos olvidar que la agresión sexual es básicamente un acto de violencia hacia una persona, que experimenta una flagrante transgresión de su consentimiento.

Esto pone en marcha complejas reacciones emocionales en la víctima, generalmente mucho más significativas que las lesiones físicas.

El propio «*abuso sexual*» en sí mismo, queda clasificado en el D.S.M-IV (4ª edición del «Diagnostic and Statistical Manual», clasificación internacional de enfermedades mentales publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría) dentro de

la categoría de «*problemas relacionados con el abuso o la negligencia*», en el grupo de «*otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*», en referencia a todas las com-

plejas reacciones emocionales secundarias al episodio traumático en cuestión.

El valor terapéutico de una anamnesis y exploración física en con-

diciones adecuadas es innegable, dado que ayuda psicológicamente tanto a la víctima como a sus familiares, refuerza el diagnóstico y puede reducir las secuelas futuras.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Código Penal (Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). Textos legales. 2004.

Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Masson-Salvat. 1992.

Simonin C. Medicina legal judicial. Editorial Jims. 1982.

Vargas Alvarado E. Medicina Legal. Editorial Trillas. 1996.

Aborto clandestino

A pesar de los avances científicos acaecidos en materia de anticoncepción, la práctica universalización de los mismos y las reformas legales en materia de interrupción del embarazo todavía hoy en día no resulta del todo infrecuente y desacostumbrado encontrarnos con supuestos de abortos clandestinos, objeto de estudio de nuestras Clínicas Médico-Forenses, o lo que resulta más lamentable de nuestras salsas de necropsias.

El aborto sigue siendo así un problema que afecta a la mujer y aporta altas tasas de morbilidad y mortalidad maternas.

No pretendiendo realizar ningún tipo de consideración moral respecto de esta realidad innegable; nos limita-

remos a los aspectos médico-legales de aquellos casos que pudieren ser atendidos por el facultativo de Atención Primaria.

Es la Ley Orgánica 9/de 5 de julio de 1985 de despenalización del aborto en determinados supuestos la que introdujo el artículo 417 bis al Código Penal, recogiendo las conocidas tres causas de justificación de su no punibilidad (tabla 6).

El Código Penal dedica el título II del libro a la actividad delictiva relativa a esta cuestión, recogiendo los artículos 144 a 146 (tabla 7).

Con todo lo expuesto podemos definir el aborto ilegal como toda interrupción precoz del embarazo antes de alcanzarse la viabilidad extrauterina del producto de la concep-

ción, causada voluntariamente al margen de los preceptos legales aceptados en nuestro ordenamiento jurídico.

El aspecto forense de interés a nivel de Atención Primaria, no será otro que el diagnóstico de lo acontecido ante la asistencia demandada por la imputada en virtud de las complicaciones sufridas durante la práctica abortiva.

Resulta fundamental comunicar directamente el hecho al médico forense de guardia al efecto de proceder a la inmediata valoración pericial en lo tocante a conocer los extremos de lo ocurrido.

En función de las distintas técnicas utilizadas a los fines perseguidos, clásicamente se han distinguido tres métodos, cuyo conocimiento nos ayudará a interpretar las lesiones que pudieren existir (tabla 8).

Tabla 6

Aborto legal

L09/1985, de 5 de julio

El artículo 417 bis del Código Penal queda redactado de la siguiente manera:

«1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1ª

«Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto».

2ª

«Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado».

3ª

«Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas ser centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto».

Tabla 7

Aborto delictivo

Código Penal. Libro II. Título II

Art. 144

«El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años. Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño».

Art. 145

1. «El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años».

2. «La mujer que produjere su aborto o consintiera que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses».

Art. 146

«El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses».

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Tabla 8

Métodos de provocación de aborto ilegal

Tóxico

- Oral.
- Tópico.

Físico

- Calor (ducha vaginal, lavado intrauterino).
- Electricidad.

Mecánico

- Extragenitales:
 - Traumatismo abdominal.
 - Masaje uterino.
 - Compresión abdominal.
- Genitales:
 - Externos:
 - Taponamiento vaginal.
 - Cauterización del cérvix.
 - Internos:
 - Actuación sobre el conducto cervical:
 - Dilatación (esponjas, maniobras digitales...).
 - Actuación sobre el útero:
 - Punción de membranas (aguja, alambre, sonda...).
 - Desprendimiento de membranas (instrumentos...).
 - Inyección líquida (salina, detergente, formol).
 - Introducción glicerina sólida.
 - Vaciamiento uterino.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Código Penal (Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). Textos legales. 2004.

Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Masson-Salvat. 1992.

Simonin C. Medicina legal Judicial. Editorial Jims. 1982.

Vargas Alvarado E. Medicina Legal. Editorial Trillas. 1996.

Internamiento psiquiátrico involuntario

El tratamiento bio-psico-social de la enfermedad mental exige un tratamiento integral de esta especial patología, en íntima relación con la salvaguarda de los derechos fundamentales del enfermo.

En ninguna como en esta especialidad, la autonomía, en conjunción con los restantes principios deontológicos (beneficencia, no maleficencia y justicia), ha de ser valorada como límite y medida de la respuesta clínica.

La actuación médica es una actividad contingente en la que la frontera entre la libertad (voluntad del paciente) y el deber del facultativo de preservar la salud y la vida resulta a menudo muy difusa e incierta.

Las estructuras asistenciales, propias de un sistema sanitario moderno, han de contemplar la doble vertiente médica y social de este tipo de supuestos, haciéndose así del todo imprescindible fomentar la comunicación y la colaboración de todos los estamentos participantes.

Siendo uno de ellos el legal, trataremos en este tema los aspectos forenses concernientes a las garantías que nuestra legislación establece en cuanto a la limitación de iniciar un internamiento involuntario.

Si bien pudiere parecer que la esfera psiquiátrica compete a otro tipo de especialistas, ya desde finales del siglo XIX, autores británicos como Cooper, Sheperd y Goldberg, indicaron que un significativo porcenta-

je de los pacientes atendidos por el médico de cabecera presentaban gran variedad de alteraciones psicopatológicas, dándose además la circunstancia de que muchos otros enfermos mentales no consultaban al nivel especializado, haciéndolo únicamente en el ámbito de la Atención Primaria.

Y es que la realidad nos indica que es precisamente en el campo de la Medicina Familiar y Comunitaria, donde más frecuentemente se presenta la referida interacción entre nuestra Ciencia y el Derecho, en relación a la patología psiquiátrica.

Sin pretender explicar cada uno de los motivos clínicos susceptibles de necesitar el internamiento del paciente mental, sí expondremos las normas legales y deontológicas elementales a aplicar en el supuesto de que se trate.

La libertad es uno de los derechos fundamentales reconocidos a todo ser humano según lo recogido en el artículo 17.1 de la Constitución Española de 1978 («Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la Ley»), refrendado desde la perspectiva de la Deontología Médica mediante el establecimiento del ya referido principio de autonomía.

Recordando el tema dedicado a la capacidad de participación del paciente en su propio proceso asis-

tencial, en relación al consentimiento informado y el modelo autonomista de la relación asistencial, matizamos ya entonces la posibilidad real de que el enfermo rechazase un determinado tratamiento o una prueba diagnóstica concreta.

Esta facultad de decidir, de tomar decisiones sobre su salud, evidentemente dependerá de la correcta apreciación de su situación clínica, de la necesidad de aplicar una determinada terapéutica y de las consecuencias de someterse o no a estas actuaciones sanitarias.

Según este planteamiento, nadie pueda ser ingresado en un centro hospitalario en contra de su voluntad, ni aún para el bien de su propia salud física o psíquica, siempre que cuente con los elementos necesarios para ejercer adecuada y correctamente este derecho, siendo por ello por lo que el ingreso psiquiátrico es una de las medidas asistenciales que suscita más intenso debate en el campo de la Medicina y del Derecho, cuando se realiza sin el permiso del enfermo (internamiento involuntario, forzoso, obligatorio).

Volviendo, una vez más a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, es su artículo 9.2 el que recoge la facultad del médico de actuar sin el permiso del enfermo, al establecer que «el facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento»:

a) Cuando exista riesgo para la salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley.

En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o personas vinculadas de hecho a él.

Efectivamente la urgencia médica, entendida como aquella que no admiten demora en su resolución, por el peligro que de de la misma pudiere derivarse para el propio paciente y/o para terceros, en su propia naturaleza lleva aparejada de manera implícita la falta de operatividad de esperar a recabar el consentimiento de los representantes legales del paciente.

Este planteamiento resulta igualmente aplicable al campo de la autorización judicial previa exigida en nuestro ordenamiento civil.

Se hace necesario un ordenamiento jurídico que permita velar por su salud psíquica, sin que se le prive de aquella autonomía personal más de lo necesario, garantizándose en definitiva el equilibrio deseable entre el principio deontológico de beneficencia y autonomía, de manera que cuando la persona no fuera capaz la decisión deberá tomarla un tercero en su representación, que cumpla las condiciones necesarias y suficientes

para preservar la ecuanimidad de la decisión sin perjuicio del individuo representado, con respeto de las normas éticas y legales.

El artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil, determina que «El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento», siguiendo en lo tocante a lo dedicado a la exención de esta premisa considerando que «La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de vein-

ticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento».

Son sus puntos 3 y 4 los que establecen la sistemática a seguir en aras a proteger al paciente frente a intereses no lícitos (tabla 9).

Los informes periódicos tienen que ser emitidos cada seis meses, a menos que el tribunal, atendiendo a la naturaleza del trastorno que ha motivado el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, con la práctica previa, si procede, de las actuaciones que considere imprescindibles, tiene que

Tabla 9

Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil

Art.763

3. «Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal debe oír la persona afectada por la decisión, el ministerio fiscal y cualquier otra persona la comparecencia de la cual considere conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida.

Además, y sin perjuicio que pueda practicar cualquiera otra prueba que considere relevante para el caso, el tribunal debe examinar por su cuenta a la persona afectada por el internamiento y escuchar el dictamen de un facultativo designado por él.

En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento puede disponer de representación y defensa en los términos que señala el artículo 758 de esta Ley.

En todo caso, la decisión que adopte el tribunal en relación con el internamiento es susceptible de recurso de apelación».

4. «En la misma resolución que acuerde el internamiento tiene que constar la obligación de los facultativos que atiendan la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los otros informes que el tribunal pueda requerir cuando lo considere pertinente».

acordar lo que sea procedente sobre la continuación del internamiento.

Sin perjuicio de lo que disponen los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan la persona internada consideren que no hace falta mantener el internamiento, tienen que dar el alta al enfermo y tienen que comunicarlo inmediatamente al tribunal competente.

Es precisamente el médico forense quien actuará como aquel «facultativo designado por el tribunal, cuyo dictamen oír, antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento», cumpliendo así con las misiones que le son propias según el artículo 3 del Real Decreto 296/1996, de 27 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses (tabla 10).

La competencia se presupone en todo paciente, independientemente de su situación clínica, considerándosele competente mientras no se demuestre lo contrario, siendo, por lo tanto, su valoración una pericia cargada de una alta responsabilidad moral, debiendo tener siempre presentes los ya referidos principios de beneficencia y no maleficencia, sin incurrir en el sesgo paternalista o autonomista. (Teoría de la presunción de capacidad.)

Ante la tentación, ya acometida en otros momentos de la historia, de hacer convergir las prácticas jurídicas y psiquiátricas en un ámbito donde quedarían fácilmente desdibujados los principios éticos de la relación médico-enfermo, es necesario que la psiquiatría y la judicatura mantengan sus espacios específicos de intervención. La ley, como

Tabla 10

Misión del médico forense en el internamiento involuntario

«Los médicos forenses tendrán a su cargo las siguientes funciones:

a) La emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados a través de los IML por los Juzgados, Tribunales, Fiscalías, oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia.

d) La asistencia técnica que les sea requerida a través de los IML, Juzgados, Tribunales, Fiscalías, oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia del ámbito territorial en el que estén destinados, en las materias de su disciplina profesional y con sujeción a lo establecido en las leyes procesales».

principio regulador social y también como un principio que contribuye a estructurar el psiquismo del sujeto, tiene que mantenerse en una posición independiente, sin mezclarse inadecuadamente con la práctica clínica.

En este sentido el Ministerio Fiscal ya contaba desde antiguo con la circular 2/984 y las Instrucciones 67/1987 y 3/1990 de la Fiscalía General del Estado, reguladoras de su intervención en este tipo de supuestos médicos, cumpliendo de esta manera con su responsabilidad de «asumir, o en su caso promover, la representación y defensa en juicio y fuera de él, de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no pueden actuar por sí mismos, así como de promover la constitución de los organismos tutelares, que las leyes civiles establezcan y formar parte de aquellos otros que tengan por objeto la defensa de menores y desválidos».

Resulta especialmente interesante resaltar de su lectura la consideración de que aquellos internamientos que no reúnan los requisitos del artículo 763 de la LECv serán «no regulares» y en virtud de ello susceptibles del procedimiento de

«Habeas Corpus»; siendo éste el espíritu de la ley orgánica 6/84 de 24 de mayo reguladora del mismo, en cuyo artículo 1.b se estima como ilegalmente detenidas a las personas que estén ilícitamente internadas en contra de su voluntad en cualquier establecimiento.

La cuestión médico-ética a resolver versará sobre la verdadera cualificación de urgente, y sobre la competencia del paciente en cuanto a poder decidir sobre su salud.

El artículo 15 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS, define que «La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata.

Se dispensará, tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería».

La OMS especifica los criterios siguientes cuando debe autorizarse un tratamiento forzoso en psiquiatría (tabla 11).

Estos criterios son especialmente aplicables a situaciones agudas. En

Tabla 11**Criterios del internamiento psiquiátrico involuntario (OMS)**

a) El paciente no es suficientemente competente para comprender y decidir con respecto a su tratamiento.

b) El tratamiento supone que la evaluación del binomio riesgo-beneficio es claramente favorable al paciente.

c) La no aplicación del tratamiento podría provocar un daño superior al paciente, a la familia y/o a la comunidad.

ellas, el diagnóstico sindrómico nos da información sobre el estado mental actual del paciente y junto con una evaluación de riesgos y sobre la efectividad de la medida de hospitalización, permite una aproximación bastante ajustada sobre el tipo de internamiento más recomendable, valorando que existe un trastorno mental grave que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona, que en la situación concreta y actual, el estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses y que en virtud de los conocimientos disponibles la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Las descompensaciones psicopatológicas, cuando son graves, pueden conducir a una situación que suele ser temporal, en la cual la competencia para decidir con plenas facultades se reduce mucho.

La definición de **capacidad** y su múltiple conceptualización es una de las mayores dificultades planteadas en relación a la valoración clínica de la

competencia, dado que esta cualidad de la persona debe caracterizarse y calificarse en relación a la tarea determinada sobre la cual se debe decidir, en íntima relación con la **voluntariedad** en cuanto a aptitud e idoneidad para realizarla.

Aptitud para decidir de manera libre y consciente, cualidad para obrar de una manera o de otra, siendo responsable de sus actos, idoneidad que se requiere para poder obrar válidamente por sí mismo, para tomar decisiones sobre su persona de forma responsable.

La valoración médica de las *funciones psíquicas* (cognitivas, volitivas-ejecutivas y afectivas) de las cuales depende el ejercicio pleno del derecho de «libre elección» reconocida en la LRAP, aquella aptitud de conocer, comprender, discernir y decidir, en cuanto a su patología, su situación actual en la que se encuentra y a la que se enfrenta, la necesidad de tratamiento en régimen cerrado y la repercusión tanto de su aceptación como de su rechazo, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar una decisión adecuada valorando la repercusión sobre la propia seguridad y la de terceras personas.

Según autores tales como Grisso y Appelbaum, 1979 (siguiendo los dictados de Roth et cols), en consonancia con el informe «Making Health Care Decisions» de la «President's Comisión for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research» de 1982, los cinco **criterios (máximas de la competencia para la toma de decisiones sanitarias. CTDS)** que el sujeto ha de cumplir para poder ser considerado capacitado para tomar una decisión sobre una alternativa terapéutica son el entendimiento, la apreciación, el razonamiento, la capacidad de expresión de la elección y le ejecución de la conducta elegida.

Partiendo de la general falta de consenso en cuanto al método de su cuantificación, la capacidad para decidir encierra un concepto genérico que no puede tratarse de manera simplista en cuanto que dicha facultad de tomar decisiones no depende única y exclusivamente de que el cociente intelectual alcance un determinado rango o nivel, o del padecimiento de un determinado trastorno, si no que cada situación que induce a decidir tiene unas características propias exigiendo la combinación particular de determinadas funciones cognitivas, habilidades funcionales y destrezas adaptadas al contexto específico, con un grado de complejidad dependiente del problema.

De un modo sinóptico, para considerar que una persona es capaz de tomar una determinada decisión en un momento dado, debe estar consciente, poder prestar atención a la tarea decisoria, comprender los elementos que la integran, poder cote-

jarlos con información episódica, autobiográfica y semántica almacenada en su memoria, valorar las posibles consecuencias de las diferentes opciones posibles de actuación, integrar todo ello mediante procesos de razonamiento abstracto y finalmente expresar de manera comprensible lo decidido.

En conclusión, la «Canadian Psychiatry Association», resume todas

las cuestiones a calibrar en cuatro: ¿Comprende el paciente la enfermedad para la que se le propone el tratamiento?, ¿la naturaleza y el propósito del tratamiento?, ¿los beneficios y los riesgos de seguirlo?, ¿las consecuencias de no hacerlo?

La perspectiva deontológica de todo lo expuesto la hallamos en el artículo 9.4 de nuestro Código de 1999: «El médico en ningún caso abando-

nará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento.

Respetará la libertad de los pacientes competentes.

Tratará y protegerá la vida de todos aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando se necesario».

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Blanquez Hernández R, Galarraga Alonso ME, Galtés Vicente JI. Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses. An. Psiquiatría (Madrid). Vol. 19. Nº1, pp. 15-21, 2003.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (B.O.E. de 15/11/2002).

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Colex. 2000.

Internamientos involuntarios, intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios. Estudios de derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Madrid. 2000.

Cadáveres judiciales

Una de las cuestiones médico-legales que más frecuentemente suele plantearse en los servicios de urgencias es el fallecimiento del enfermo.

Su atención por el facultativo de guardia como último acto médico prestado al paciente (en ocasiones el primero y único) adquiere una relevancia muy particular en virtud de la necesidad de obtener un certificado de defunción (como comprobante de la realidad del fallecimiento) para poder inscribir el óbito en el Registro Civil y proceder a la inhumación o incineración.

Las normas a aplicar datan de la década de los años 50 (Ley de 8 de junio de 1957 sobre el Registro Civil y Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958), sin que las más recientes modificaciones (Real Decreto 170/2007, de 9 de febrero, por el que se modifica el Reglamento del Registro Civil, aprobado por Decreto de 14 de noviembre de 1958) hayan supuesto variación alguna del documento médico-legal que ahora abordamos (tabla 12).

Se deben tener claros una serie de conceptos en cuanto a la etiología de la defunción, al efecto de no exacerbar el sufrimiento de aquellos parientes y similares a consecuencia de la denominada «judicialización de la muerte», entendiendo como tal la provocación por parte del sistema sanitario de la intervención no debida de los profesionales de la Administración de Justicia; es decir, la injustificada puesta en duda respecto de su verdadera

etiología que determine la práctica de autopsias no relevantes a efectos penales.

Se posibilitará así el mejor gestionar los recursos disponibles, agilizando con ello la dinámica de la Administración tanto Sanitaria como de Justicia.

Según su etiología podemos diferenciar tres grandes entidades dentro la muerte: **natural**, **violenta** y **sospechosa** de **criminalidad**.

La primera de ellas es la acaecida sin la participación externa de agentes causantes, incluyendo las distintas categorías recogidas en la CIE-10.

El fallecimiento violento es el secundario a la intervención de mecanismos exógenos, pudiendo distinguir tres subgrupos que abarcarían el **accidente**, el **suicidio** y el **homicidio**.

La última de aquéllas, la muerte sospechosa de criminalidad, es, sin duda alguna, la más complicada, de estudiar a efectos médicos, tanto asistenciales como forenses, presentando, como su propio nombre indica, una causa no totalmente fiable y conocida en cuanto a su posible origen criminal delictuoso en relación a la posibilidad de participación de tercera persona.

El problema se agrava si el óbito tiene lugar de manera **súbita** en un sujeto aparentemente sano, si bien

Tabla 12

Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil

Art. 83

«En tanto no se practique la inscripción de la muerte en el Registro Civil, no se expedirá licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte».

«Si hubiere indicios de muerte violenta, se suspenderá la licencia hasta que, según el criterio de la autoridad judicial, lo permita el estado de las actuaciones».

Art. 85

«Será necesaria certificación médica de la existencia de señales inequívocas de muerte para proceder a la inscripción de la defunción».

Art. 81

«La inscripción hace fe de la muerte de una persona y de la fecha, hora y lugar en que acontece».

Art. 87

«En tiempo de epidemia, si existe temor fundado de contagio o cuando concurren circunstancias extraordinarias, se tendrán en cuenta las excepciones a los preceptos anteriores prescritas por leyes y reglamentos de Sanidad o las que ordene la Dirección General de Registros y del Notariado».

Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958

Art. 274

«El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad, o cualquier otro que reconozca el cadáver, enviará inmediatamente al Registro parte de defunción...».

es cierto que la casuística estudiada nos permite afirmar prácticamente en el 100% de los supuestos que se trata de fallecimientos naturales por patología aguda o crónica. Procesos morbosos agudos que debutan primariamente produciendo la muerte o entidades nosológicas crónicas previamente padecidas por el sujeto, pero ignorada por el mismo, cuya primera y única manifestación clínica es igualmente mortal.

Tal y como se recoge en el artículo 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, «En los sumarios a que se refiere el artículo 340 (muerte violenta o sospechosa de criminalidad)... se procederá a la autopsia del cadáver por los médicos forenses, o en su caso por los que el juez designe...», siendo, por lo tanto, sólo las muertes naturales las que resultan susceptibles de certificar por el médico asistencial.

Recordando el tema de los documentos médico-legales, la Real Academia de la Lengua Española considera que el acto de certificar consiste en asegurar, afirmar, dar por cierto algo, señalar con certeza la realidad de un acontecimiento, acto o condición, lo cual exigía un plus de responsabilidad y prudencia en su adecuada redacción.

La certificación de la defunción ha de abarcar los distintos apartados recogidos en el único modelo oficial de documento, el editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (Orden del Ministerio de Justicia de 24 de diciembre de 1958) (Anexo de «modelos oficiales» del Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958).

La denominación de «parte» consignada en aquel artículo 274 del Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958 es equivalente a la de certificado, según se recoge en recomendación de 26 de enero de 2007 de la OMC sobre las «Cualidades del certificado médico y su diferencia con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción».

Su excesiva antigüedad, con la correspondiente falta de adecuación al actual estado del avance científico, supone una de las principales reticencias en lo referente a su evacuación en determinados casos «sospechosos».

Las partes constituyentes de este especial documento son las recogidas en la tabla 13.

Su expedición es siempre gratuita, de tal forma que las peculiares circunstancias humanas que rodean al fallecimiento de una persona convertirían la percepción de honorarios por certificar la defunción en un abuso particularmente degradante.

Realizando ciertas matizaciones respecto de las exigencias de su contenido, hemos de valorar la **data de la muerte**, dentro de la esfera de su verdadera exactitud, al no poder exigirse en absoluto una estimación calibrada del momento concreto del fallecimiento, dado que la realidad de la muerte no es un fenómeno único e instantáneo, sino un proceso más prolongado.

En esta línea doctrinal se redacta el artículo 281 del Reglamento del Registro Civil: «De no poderse expresar la hora, fecha y lugar del fallecimiento, se indicarán los límites

Tabla 13

Certificado de defunción

Modelo OMC

Preámbulo

- Identificación del Colegio.
- Identificación del médico.
- Identificación del centro de trabajo.

Parte expositiva

- «Certifico la defunción de...»
 - Identidad del fallecido-1 (nombre).
 - Circunstancias de la muerte:
 - Hora.
 - Fecha (día, mes, año).
 - Lugar (calle, número, piso, población).
- «A consecuencia de...»
 - Causa inmediata.
 - Causa fundamental.
- «Y son manifiestas en el finado las señales de descomposición...»

Fórmula final

- Identidad del fallecido-2 (edad, estado civil, lugar de nacimiento, nombre de los padres). (Fuente de información).
- Observación especial.
- Lugar y fecha.
- Firma.

Nota a pie de página

- Instrucciones.
- Validez del soporte.

máximo y mínimo del tiempo en que ocurrió, y el primer lugar conocido de situación del cadáver».

Unos conocimientos básicos sobre los fenómenos cadavéricos (enfriamiento, deshidratación, livideces y rigidez) nos permitirán resolver esta cuestión de una manera bastante fiable, junto con la información complementaria aportada por testi-

gos, policía, etc. ..., que recopilada previamente al estudio del cadáver orientará nuestra apreciación (tabla 14).

En lo tocante a la **causa inmediata**, no se trataría sino del proceso mórbido determinante de la cesación final y definitiva de las funciones vitales, siendo la **fundamental** la entidad nosológica de base sobre la cual se ha desarrollado aquélla.

El apartado final de «**observación especial**» queda dedicado a la descripción de todos aquellos aspectos que ayuden a ilustrar el suceso (por ejemplo, otros padecimientos que hayan podido contribuir al óbito; causa intermedia).

En conclusión, la certificación de la muerte es un acto médico-jurídico-

administrativo que permite, por una parte, el enterramiento o incineración del cadáver y, por otra, conocer el patrón de las causas de la muerte de la comunidad.

En cuanto a la **sistemática de diagnóstico diferencial** de la causa natural o violenta (principalmente sospechosa de criminalidad), el reconocimiento del cadáver (examen externo), con diferenciación de lesiones vitales y postmortales, junto con el estudio de los antecedentes patológicos conocidos (historia clínica previa) permitirá solventar la mayoría de las cuestiones, si no todas. En su caso, y si las circunstancias lo requirieran, podría establecerse comunicación directa con el forense de guardia, para el tratamiento conjunto del caso.

Tabla 14

Cronología de los fenómenos cadavéricos

Temperatura

- Cara, manos y pies fríos (cuerpo caliente)...1-5 horas.

Deshidratación

- Enturbiamiento corneal.
 - Ojos abiertos...45 minutos.
 - Ojos cerrados...24 horas.
- Mancha de Sommer-Larcher.
 - Ojos abiertos.....5 horas.
 - Ojos cerrados.....24 horas.

Livideces

- Origen...20-40 minutos.
- Confluyen...1 hora 45 minutos.
- Fijas....8-12 horas.

Rigidez

- Origen...2-4 horas.
- Reinstauración...7 horas.
- Máxima....24 horas.
- Resolución...36-48 horas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarrán MS. Manual de actuación médico-legal en urgencias. IM&C, Madrid 2000.

Galtes Vicente JI, Galarraga Alonso ME. Recomendaciones a la medicina asistencial para el abordaje de las muertes sospechosas de criminalidad. Cuadernos de Medicina Forense Nº 25, julio 2001.

Ley de Enjuiciamiento Criminal (Civitas. Madrid, 1989).

Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958 (BOE. Madrid, 1973).

Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil (BOE. Madrid, 1973).

Declaración de la OMS de 26-I-07 sobre «Las cualidades del certificado médico y su diferencia con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción».

Aso Escario J, Corrons Perramon J, Cobo Plana JA. El intervalo postmortal. Interés médico, policial, legal y forense. Masson-Salvat. 1998.

Test

1. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define este tipo de sucesos como:
 - a) La violencia de los hombres contra las mujeres, por el simple hecho de pertenecer al género femenino.
 - b) La violencia de los hombres contra las mujeres, tipificada como tal siempre y cuando exista relación de parentesco entre ellos.
 - c) La violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de la libertad, respeto y capacidad de decisión.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
2. La entrevista con la mujer maltratada ha de reunir los siguientes requisitos:
 - a) Confidencialidad.
 - b) Respeto, prudencia y carencia de prejuicios.
 - c) No difiere en absoluto de la relación habitual médico-paciente.
 - d) Las respuestas a y b son correctas.
3. El CEDM-99 recoge la siguiente obligación moral del facultativo en relación a las mujeres víctimas de violencia machista:
 - a) Jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.
 - b) No ha de mostrar prejuicios frente a ninguno de sus pacientes.
 - c) No se establece responsabilidad concreta a este respecto.
 - d) No debe vulnerar el derecho a la confidencialidad en el supuesto de que no exista denuncia previa.
4. El nivel de prevención secundaria en el contexto de la violencia de género abarca:
 - a) La cuantificación del número de incidentes anteriores de similar naturaleza.
 - b) La valoración de factores de riesgo.
 - c) El estudio de las características psico-sociales de paciente y agresor.
 - d) La entidad de las lesiones padecidas.
5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?
 - a) La violencia sexual es una modalidad de violencia de género.
 - b) Los atentados contra las costumbres sexuales son del todo independientes del maltrato.
 - c) La violación y el abuso son tipos penales del mismo grupo de delitos.
 - d) El acoso es una variante de la violencia de naturaleza sexual.
6. Ante una víctima de agresión sexual, prima la siguiente faceta:
 - a) La de paciente frente a la de sujeto de estudio.
 - b) La de portadora de pruebas.
 - c) La de mujer maltratada.
 - d) La de víctima de delito público de persecución de oficio.
7. La recogida de muestras biológicas en un caso de violación:
 - a) Es competencia del médico forense.
 - b) Es competencia del médico forense, en conjunción con la labor asistencial del ginecólogo.
 - c) Depende del médico de Atención Primaria.
 - d) Es una labor policial en base a su interés a efectos de la investigación de los hechos.
8. Las pautas de la entrevista con la mujer maltratada:
 - a) Son las mismas que en la agredida sexualmente.
 - b) No resultan de aplicación en las violaciones por la necesidad de recogida de vestigios.
 - c) Requieren un protocolo cerrado a aplicar siempre de la misma manera, por su naturaleza legal.
 - d) Apenas resultan de aplicación en un caso de atentado sexual.
9. Entendemos por aborto clandestino:
 - a) El practicado en centros sanitarios no autorizados.
 - b) El practicado por personal no sanitario.
 - c) El que no se ajusta a ninguna de las causas autorizadas legalmente.
 - d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

10. La función del médico asistencial en el supuesto de aborto clandestino es:
- a) Constatar la realidad del suceso y comunicarlo a la autoridad judicial.
 - b) Asistir a la parturienta y dar notificación del hecho a la autoridad judicial.
 - c) Atender a la paciente.
 - d) Determinar el mecanismo utilizado.
11. La Ley de despenalización del aborto data del año:
- a) 1985.
 - b) 1987.
 - c) 1995.
 - d) 2001.
12. Los métodos utilizados en el aborto ilegal son:
- a) Térmicos, eléctricos y tóxicos.
 - b) Mecánicos, tóxicos y térmicos.
 - c) Eléctricos, físicos y químicos.
 - d) Físicos, mecánicos y tóxicos.
13. El internamiento psiquiátrico involuntario:
- a) Queda regulado a efectos civiles por el artículo 763 de la LECv.
 - b) Requiere siempre autorización judicial previa.
 - c) No puede efectuarse sin el consentimiento previo del paciente.
 - d) El médico no puede realizarlo ante la negativa del representante legal del enfermo.
14. La autorización judicial para proceder al internamiento forzoso de una persona:
- a) Es requisito imprescindible como condición anterior a su inicio.
 - b) No es un requisito para la actividad médica.
 - c) Se obtendrá previamente a su comienzo, salvo que razones de urgencia lo impidieren.
 - d) Está en relación con la voluntad positiva del paciente.
15. En la toma de decisiones sanitarias:
- a) Ha de valorarse la capacidad del paciente de comprender su situación y de decidir.
 - b) Debe estudiarse la capacidad intelectual y volitiva del enfermo.
 - c) Resulta fundamental conocer el grado de información del paciente.
 - d) Todas las respuestas son correctas.
16. La autonomía personal:
- a) Es la base de la intervención judicial en los internamientos involuntarios.
 - b) Queda supeditada a la decisión judicial, dependiendo íntegramente de ella.
 - c) No tiene relevancia alguna en este supuesto del internamiento involuntario.
 - d) Resulta intrascendente, como en cualquier otro caso, ante la prevalencia del principio de beneficencia.
17. En un caso de muerte súbita:
- a) Siempre puede certificarse la defunción.
 - b) La muerte siempre es natural.
 - c) La etiología siempre es desconocida.
 - d) Puede certificarse cuando los antecedentes clínicos así lo permitan.
18. El certificado de defunción:
- a) Puede redactarse solo por el médico de cabecera del fallecido.
 - b) Puede redactarse sólo por el facultativo quien haya presenciado la muerte.
 - c) Puede redactarse por cualquier médico que reconozca el cadáver.
 - d) Puede redactarse por cualquier médico que reconozca el cadáver y por el quien le haya atendido en última enfermedad.
19. La CIE-10:
- a) No tiene ninguna utilidad en la certificación de la muerte.
 - b) Aporta un conjunto de causas de muerte susceptibles de ser consignadas como naturales.
 - c) Sólo puede utilizarse tras el estudio de la historia clínica.
 - d) Es independiente del certificado de defunción.
20. Ante un cadáver no conocido si signos de violencia, el médico de Atención Primaria:
- a) Nunca debe certificar la muerte.
 - b) Debe estudiar los antecedentes patológicos por si se tratara de un fallecimiento no judicial.
 - c) Tiene capacidad par realizar el examen externo.
 - d) Las respuestas b y c constituyen la base del buen hacer profesional en este tipo de casos.