

## SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 El manejo médico legal de la emergencia en psiquitría.

P. 5 Egreso sin alta médica - implicancias médico-legales.

P. 9 El certificado de defunción:  
Su importancia Médico Legal.



# GUARDIA • 24

## Nota del Editor



### Estimados Asegurados:

En esta oportunidad queremos hacerles llegar algunas reflexiones en relación a distintas situaciones que pueden presentarse ante un paciente que decide irse de alta en contra del consejo del equipo médico.

Por otro lado, desarrollaremos los aspectos médico legales a tener en cuenta en la confección de un certificado de defunción.

Finalmente queremos darles algunos tips y recomendaciones para el manejo médico legal de una emergencia psiquiátrica.

Esperando que estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

### **Dr. Horacio E. Canto**

*Gerente de Servicios Médicos y RC Profesional  
SMG Cía Argentina de Seguros  
Swiss Medical Group*



### LÍNEA "ON LINE 24 HS":

(011) 154-949-4592, Dr. Susman

(011) 155-327-4448, Dra. March

### LÍNEA DIURNA:

(011) 5239-7933

Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: [guardia24@smg.com.ar](mailto:guardia24@smg.com.ar)

# El manejo médico legal de la emergencia en psiquiatría

**Prof. Dr. Andrés Alberto Mega**  
*Profesor Universitario en Medicina*  
*Psiquiatra Forense CSJN*

## Comentarios de inicio

Uno de los problemas iniciales en oportunidad del trabajo a nivel práctico en el Sector de Guardia o Emergencias de cualquier Institución, es cuando el equipo de profesionales recibe un o una paciente con una urgencia psiquiátrica. Allí es cuando la tradicional solvencia con que dicho equipo maneja eficientemente todas las urgencias de carácter orgánico, trátase de quemados, accidentados, víctimas de delitos, patologías quirúrgicas o cardiovasculares descompensadas, por nombrar sólo algunas, se disuelve como un cubo de hielo bajo el ardiente sol veraniego, pues se trata de un o una paciente "psiquiátrico", y entonces, que se encarguen de él o ella "los psiquiatras". Pareciera ser que ya no se trataría de una persona enferma común, sino de alguna entidad indescifrable, como venida de otro planeta, para cuya atención debe concurrir un superespecialista venido de la NASA, como mínimo, o alguien que está por fuera del campo de la Medicina, porque el padecer de ese paciente está por fuera de lo científico demostrable. Nada más errado. La verdad es que el paciente con patología mental aguda, sufre y mucho.

Podrán presentarse con diferentes niveles de conservación de su conciencia, lo cual no disminuye el dolor que siente, y lo necesitado de ayuda que está. Por ello, el equipo de salud debe necesariamente saber identificar y tratar adecuadamente el momento de la urgencia psiquiátrica, porque su preparación profesional lo capacita a tal efecto, si deja de lado una enorme carga de prejuicio que lo ha inundado frente a la enfermedad mental, como a la enorme mayoría de médicos no especialistas en los aspectos psíquicos.

Lo que sigue, en muy apretada síntesis, comprende el presupuesto de inicio para el correcto abordaje terapéutico y médico legal en estos casos, y la adecuada derivación según cada caso en particular. Allá vamos.

## La institución y su personal

Del mismo modo que no se puede pensar en un quirófano desprovisto de luces, camilla, instrumental y demás tecnología, no se puede pensar en un efector de emergencias con cobertura psiquiátrica que no cuente, al menos, con un médico psiquiatra práctico y experimentado, un enfermero con también experiencia en el manejo de

pacientes agitados y, de ser posible, un psicólogo. A esto, se agregaría un mínimo botiquín psicofarmacológico, consistente en medicación inyectable y en comprimidos, a ser aplicados según el caso, y además, recursos de internación para observación en el lugar, y/o eventual derivación para internación especializada en psiquiatría, pensado esto en internaciones de rápida intervención y cortas en su duración.

## Las emergencias

Por su especificidad, se podría clasificar el tipo de pacientes que concurren como a) pacientes actualmente en tratamiento y b) pacientes que presentan patología aguda de brusca aparición, sin tratamiento previo. Desde la perspectiva médico legal de la emergencia, no revisten sustancial diferencia, pero suele observarse diferente grado de continencia en unos y otros, dado, especialmente, por el desinterés por tratarse de enfermos crónicos en el primer grupo, y de enfermos agudos en el segundo. El abordaje médico y legal en estos casos debe respetar en todo momento el principio hipocrático de "primero no dañar" por lo que el abordaje, entrevista y tratamiento deben estar presentes en todo momento. Sería ideal que la entrevista la realicen al menos el profesional con un asistente, y de disponerse los medios, con un sistema de videograbación, con la obvia confidencialidad de este material.

## El diagnóstico y el triage

Teniendo en cuenta el factor tiempo e infraestructura, la seguridad y celeridad en el tratamiento de lo que es presentado como urgencia, y los veloces cambios en los cuadros clínicos, es prioritario realizar el diagnóstico más aproximado. Por eso, lo primero que se trata es de saber:

- ¿Es realmente una urgencia?
  - ¿Se podrá resolver en un breve plazo y luego regresar a su domicilio para seguir ambulatoriamente?
  - ¿Deberá quedar internado en observación?
  - ¿Directamente tengo que derivarlo a un centro público o privado para su evaluación y eventual ingreso?
- Si esto último fuera así, el cuidado y resguardo del paciente por los medios adecuados hasta ser asistido en el próximo efector, estará siempre a cargo del primer asistente, con

las providencias presentes en el art. 108 del Código Penal (abandono de persona). Es necesario siempre tomarse el tiempo necesario para una evaluación que no siempre es fácil, para tomar la determinación terapéutica más eficaz con la tranquilidad de dejar cubierto tanto al paciente, como a la responsabilidad profesional del personal interviniente, de ahí la necesidad estricta de la documentación que se verá más adelante.

### El riesgo cierto e inminente

La ley de Salud Mental 26657 es deficitaria cuando incorporó este concepto como el fundante para establecer la necesidad de internación en una situación de urgencia. Ni en el texto original de la ley, ni en su reglamentación, se aclara a qué se refiere concretamente, el remanido riesgo cierto e inminente, con una alarmante vaguedad. No obstante, para resolver la cuestión en forma veloz y clínica, recomiendo como razonable usar la tabla de SAD PERSONS a continuación, en caso de sospecha de riesgo suicida:

### ESCALA SAD PERSONS

- S: Sexo masculino
- A: Edad (age): <20 o >45 años
- D: Depresión
- P: Tentativa suicida previa
- E: Abuso alcohol (Etanol)
- R: Falta de pensamiento Racional
- S: Carencia de soporte Social
- O: Plan Organizado de suicidio
- N: No cónyuge o pareja
- S: Enfermedad Somática

- 0-2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- 3-4: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso.
- 5-6: Se recomienda ingreso, sobre todo si no hay soporte social.
- 7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Lo más importante, luego de esta evaluación, será dejar **muy claramente** señalada la falta de riesgo presente en el paciente, si así fuera, **al momento de la consulta**, y lo contrario, si así correspondiera, y la acción seguida en consecuencia, del modo descripto a continuación.

### Documentación

Los profesionales de la salud todos, tenemos un alto compromiso con nuestros pacientes y la tarea clínica, compromiso que en forma lamentable no se extiende a la no menos necesaria tarea de escribir y documentar todo lo que hemos hecho, incluyendo los consentimientos informados firmados por nuestros pacientes, cuando declinan seguir nuestras indicaciones de tratarse y/o de internarse. En el mundo del Derecho el aforismo "lo que no está escrito,



nunca pasó, nunca ocurrió y no se puede demostrar" es de una relevancia actual única. Por ello, el acto final de toda atención de emergencia psiquiátrica médico legal, y antes del merecido café y descanso, es la escritura pormenorizada de la actuación profesional producida, teniendo en cuenta que cuando más abundemos en esa epicrisis que escribamos, más ilustrativa serán esas notas para el Juzgador, y más a nuestro favor será su opinión. Al decir de un distinguido colega, "escriban como si supieran que lo que escriben, algún día será leído por un Juez".

Esto será escrito en formato papel o en formato electrónico, según corresponda, teniendo este último las medidas de seguridad estándar para estos casos.

### A modo de cierre

En este breve artículo, he pretendido mostrar, en forma muy somera, los mínimos requerimientos médico legales para la atención de la emergencia psiquiátrica. Al decir de Robert Simon, famoso psiquiatra forense fallecido el año pasado, especialista reconocido en temas de responsabilidad profesional, es necesario que tomemos conciencia que si hacemos que la ley sea nuestra socia en el trabajo clínico, esto redundará tanto en beneficio del paciente, como del nuestro. Espero que estas breves líneas sean de provecho para los colegas, en la esforzada tarea del tratamiento cotidiano de las problemáticas de las urgencias psiquiátricas.

# Egreso sin alta médica - Implicancias médico-legales

Dr Rodrigo Córdoba

Dr Jorge Piriz

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica

Swiss Medical Group

## Introducción

El “egreso sin alta médica” o “alta voluntaria” hace referencia a aquella situación para nada infrecuente en la práctica diaria, en la que el médico de guardia o de sala de internación, se enfrenta a la decisión voluntaria por parte del paciente o de sus familiares de no proceder o continuar con la internación, retirándose de la institución en contra de la opinión profesional.

“El Sr. Pérez probablemente esté cursando un infarto. Le he indicado la internación para un correcto estudio y tratamiento pero se niega a internarse. ¿Puede hacerlo? ¿Qué responsabilidad me cabe si dentro de unas horas o días presenta una complicación grave o fatal?”

“La Sra. Gonzalez está internada cursando una neumonía. Aún no está en condiciones de alta pero ha manifestado que igualmente se va a retirar de la clínica. ¿Qué hacemos? ¿Qué escribimos en la historia clínica?”

“El paciente que estaba en el box 5 de la guardia fue evaluado por el especialista en salud mental quien indicó la internación psiquiátrica. Mientras esperábamos el traslado se retiró de la guardia sin aviso previo y sin que nadie lo haya notado. ¿Qué hacemos?”



Estos son algunos ejemplos de las frecuentes consultas que llegan al departamento de legales o al área medicolegal de las instituciones de salud, por parte de los médicos asistenciales.

Una gran parte de los médicos desconoce cuáles son los derechos de los pacientes en relación a esta situación particular y cuáles son las implicancias medicolegales inherentes a la misma.

Es por ello que a continuación se brindan algunos conceptos importantes en relación a las normativas legales vigentes, como también ciertas recomendaciones medicolegales sobre cómo proceder en estos casos:

## ¿Puede un paciente retirarse de una institución de salud sin que se le haya otorgado el alta médica?

Para responder a esta pregunta primero es necesario conocer algunos conceptos presentes en las normativas legales que tienen de alguna manera relación con este tema particular:

La Ley 17132 (Normas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración) en su art. 19° establece:

*“Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones vigentes, obligados a respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz; también deberán promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta signifiquen peligros para sí mismas o para terceros”.*

La ley 26529 de Derechos del Paciente en su artículo 2° inciso (e) estipula lo siguiente:

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

El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN) en su artículo 59° inciso (h) estipula que:

*“...nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario. Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente”.*

Asimismo, en su artículo N° 26 menciona que *“a partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.* Sobre este último punto hablaremos más adelante.

En base a los conceptos señalados en las normativas mencionadas ut supra, podemos concluir lo siguiente:

**Un adulto mentalmente competente y correctamente informado sobre su estado de salud, tiene todo el derecho a retirarse voluntariamente de la institución sin que se le haya otorgado el alta médica, aunque ello implique poner en riesgo su vida.**

En estos casos, el profesional deberá dejar constancia en la historia clínica (HC) que le ha informado al paciente en forma clara y completa sobre: a) su estado de salud actual; b) la necesidad de continuar internado o bajo observación; c) la necesidad de iniciar o continuar con los eventuales tratamientos; y d) los riesgos a los que expone su vida o su salud en caso de retirarse de la institución. Es importante que el profesional aclare en la HC que el paciente se encuentra lucido y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de recibir la información médica y de tomar la decisión de retirarse. Luego de escribir todo lo anterior en la HC, se le solicitará al paciente que firme al pie de lo evolucionado por el profesional, junto a la firma de este último. En algunas instituciones ya tienen prediseñado un formulario de “alta voluntaria o egreso sin alta médica” que deberá ser firmado por el paciente y el médico a cargo. Si se utiliza un formulario prediseñado, aun así es recomendable que el profesional escriba en la HC todo lo señalado ut supra. Si el paciente estuviese con un familiar o acompañante, lo ideal sería que este último también firme la HC o el formulario prediseñado, en calidad de testigo.

En el caso que el paciente se niegue a firmar la HC, el facultativo a cargo también deberá dejar constancia de la negativa del paciente a firmar la HC, siendo fundamental que en estos casos las explicaciones al paciente sean brindadas en presencia de dos testigos, quienes deberán registrar su firma en la HC dando fe de lo informado.

## ¿Cómo proceder ante un egreso contra consejo médico si el paciente es un menor de edad?

En este contexto de la minoría de edad, las 2 situaciones más frecuentes en relación al egreso sin alta médica son las siguientes:

**a)** Los padres o representantes de un menor de edad deciden el egreso sin alta médica.

La postura mayoritaria de la doctrina y jurisprudencia considera que los jueces no pueden permitir el ejercicio “abusivo” de la patria potestad cuando está en juego la vida o la salud del menor. La patria potestad debe ejercerse siempre en beneficio de los hijos y con respeto a su integridad física y psicológica.

Así las cosas, si el médico considera que la decisión de los padres pone en riesgo serio la vida o la salud del menor se debería gestionar rápidamente la intervención de las autoridades competentes que protegen los derechos del menor. Si el estado de salud del menor no amerita que el tratamiento se inicie “inmediatamente”, pudiéndose esperar un tiempo prudente, es aconsejable esperar la respuesta de dichas autoridades competentes. En cambio, si la situación clínica no permite demoras en el tratamiento por estar en inminente riesgo la vida, el médico deberá actuar en salvaguarda de la salud del menor (realizando el tratamiento correspondiente) fundamentando lo actuado en la HC y luego dar aviso inmediato a las autoridades judiciales relatando lo sucedido. En nuestro sistema jurídico “el mejor interés” del niño es una consideración suprema, jerarquizándose el derecho a la vida y la salud que tiene el menor (Ley Nacional de Protección integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes; Convención internacional de los Derechos del Niño, con rango constitucional en nuestro país).

**b)** Adolescente que consulta sin la compañía de un adulto responsable. El médico indica la necesidad de internación y el adolescente manifiesta su negativa y el deseo de retirarse en contra de la opinión médica.

El nuevo CCyCN estipula que **a partir de los dieciséis años** el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes a su propio cuerpo. En base a esto, en estos casos (edad mayor o igual a 16) el profesional debería respetar la decisión del adolescente sin dar aviso a un adulto responsable. No obstante, si se tratara de un caso en el cual la vida o la salud del menor estuviese en riesgo grave, cierto e inminente, lo más recomendable es proteger la integridad del menor y minimizar el riesgo de futuros cuestionamientos por parte de los padres, es dar aviso a estos últimos.

Existen tres situaciones en las cuales desde el punto de vista ético y jurídico, el profesional médico debería respetar la decisión de los padres en cuanto a rechazar tratamientos y/o decidir el egreso sin alta médica:

- La negativa de los padres NO implica que la vida o la salud del menor se exponga a riesgo cierto, grave e inminente.
- Escasa o nula posibilidad de curación/balance riesgo-beneficio.
- No hay riesgo inminente por su patología pero los riesgos de la terapéutica son elevados.

### ¿Qué debo hacer en el caso de un paciente con indicación de internación psiquiátrica y este último o su familiar se niegan a la internación, manifestando su intención de retirarse de la institución en contra de la opinión médica?

Si el médico tratante y/o el psiquiatra han considerado que el paciente debe ser internado en un centro psiquiátrico porque su actual estado mental lo coloca en una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y ya se hubieran agotado o frustrado los intentos de convencer al paciente/familiar y las medidas tendientes a mantenerlo internado hasta lograr el traslado (Ej. Sedación farmacológica), entonces se deberá solicitar a las autoridades policiales que se presenten en la institución para ayudar al equipo de salud a efectivizar la internación psiquiátrica.

El decreto reglamentario 603/2013 de la Ley de Salud Mental 26657 estipula lo siguiente:  
*“ARTICULO 20.- Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenaza o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros...”*

*“Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda...”*

### ¿Cómo proceder si el paciente ya se ha retirado de la institución sin que se le hubiere otorgado el alta médica?

En este contexto deben diferenciarse 2 situaciones:

I. El paciente que se retiró sin el alta médica presentaba problemas de salud mental y los médicos consideran que ello lo colocaba en una situación de peligrosidad para sí o terceros con riesgo cierto e inminente.

En este caso es recomendable proceder de la siguiente manera:

- Avisar inmediatamente al Jefe médico y de enfermería del sector.
- Avisar inmediatamente al personal de seguridad.
- Contactar cuanto antes a los familiares o representantes (según los datos registrados en la HC o en sistema): El llamado telefónico estará a cargo del personal que disponga el Jefe de guardia y/o la Dirección Médica de cada institución, pero la explicación telefónica de lo sucedido será llevada a cabo por el médico a cargo.
- Registrar en la HC todos los llamados telefónicos realizados, detallando la hora y los datos de la persona a quien se le comunicó lo sucedido.



- Dar aviso inmediato a la comisaria zonal explicando lo ocurrido, la situación de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente en que se encuentra el paciente. Registrar adecuadamente en la HC que se solicitó la intervención policial (N° de comisaria, móvil, nombre y LP del oficial con quien se habló, fecha y horario del llamado, etc.) y que se les explicó claramente el fundamento de la intervención solicitada.
- En el caso de que la comisaria se niegue a tomar la intervención policial, registrar también dicha negativa en la HC (con todos los datos mencionados anteriormente) y comunicarse con el área legal de la institución quienes evaluarán para cada caso en particular si es necesario o no realizar la denuncia de lo sucedido en una instancia superior (Ej: Defensoría de incapaces).

## II. El paciente que se retiró era un adulto en pleno uso de sus facultades mentales:

Si se trata de un paciente adulto y mentalmente competente que previamente manifestó su deseo de retirarse del sanatorio sin el alta médica y firmó la HC o el formulario de "egreso sin alta médica" (alta voluntaria), solamente deberá escribirse en la HC los detalles de lo sucedido. En caso de que el paciente se haya negado a firmar la HC, el médico volcará en la misma la situación y las explicaciones dadas al paciente con la firma de dos testigos dando fé de ello.



## ¿Se deben entregar al paciente que se retira sin el alta médica un resumen de historia clínica, los estudios realizados, indicaciones médicas, recetas, etc?

Aunque el paciente se retire en contra de la opinión médica se le debe otorgar por escrito un resumen de HC o epicrisis en donde consten los siguientes puntos: el cuadro clínico que presenta; el manejo diagnóstico y terapéutico que se ha realizado; los resultados de los estudios complementarios; **la decisión voluntaria del paciente y/o de sus familiares de no internarse, o de no continuar la internación, en contra de la opinión médica; que se han explicado claramente los riesgos que conlleva dicha decisión;** que a pesar de la información brindada el paciente finalmente se retira de la institución; que se le han explicado las pautas de alarma a tener en cuenta y, finalmente, que se ha explicado que una vez que abandona la institución debe consultar a la brevedad a su médico de cabecera o concurrir a algún otro centro asistencial para poder continuar con el manejo de su enfermedad. Si el profesional considera que el paciente debe continuar recibiendo determinados medicamentos, deberá entregarle las correspondientes recetas.

## Conclusiones

El egreso del paciente en contra de la opinión del médico, siempre le genera a este último una serie de dudas en cuanto a los derechos y obligaciones de ambas partes. Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente, el médico siempre se pregunta qué tan comprometida estará su responsabilidad profesional en el caso que el paciente luego de retirarse de la institución presentara alguna complicación grave o fatal.

El objetivo de este artículo ha sido que el médico comprenda cuáles son los derechos del paciente y sus obligaciones respecto a este tema particular, y cómo debe proceder ante las diferentes circunstancias, conforme las normativas vigentes.

Así también, se han brindado ciertas "recomendaciones" a los fines de salvaguardar lo mejor posible la responsabilidad del profesional y de la institución. No obstante, debe tenerse en cuenta que no hay una manera única de resolver estos casos, ya que cada uno de ellos siempre presentará ciertas particularidades que ameritan un análisis individual y una conducta diferente. Ante la menor duda es conveniente que el médico se comunique inmediatamente con el área legal de la institución.





# El certificado de defunción: su importancia médico legal

**Dra María Laura Pastorino Fasciolo**  
**Dr Jorge Piriz**  
 Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
 Swiss Medical Group

Los médicos asistenciales en la práctica diaria al momento de confeccionar el Certificado de Defunción (CD) se enfrentan a diversas dudas e inseguridades. No solamente en lo que respecta a situaciones técnicas (ej. ¿Cómo se completa?), sino también en lo que respecta a las implicancias médico - legales que conlleva este documento.

Es por ello que el objetivo del presente artículo es fortalecer los conceptos básicos de la realización de un Certificado de Defunción, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes en nuestro país, como también que el médico conozca cómo manejarse ante aquellas situaciones que escapan de lo habitual.

## Nuevo certificado de defunción

En el año 2014 el GCBA y la Provincia de Bs.As pusieron en marcha un nuevo modelo de CD con determinadas medidas de control y un nuevo sistema de distribución. Esta innovación permitió dotar al instrumento de mayor seguridad jurídica al incorporar en su diseño medidas tales como la utilización de papel afiligranado, sello de agua y obleas de seguridad con número de serie pre impreso.

Cabe destacar que anteriormente los certificados de defunción se encontraban mayoritariamente en poder de las empresas de servicios fúnebres para hacerlas completar por el profesional interviniente en la defunción. Mediante este nuevo sistema, la entrega de los Certificados se realiza a los organismos públicos y privados que lo soliciten. De esta manera cada Hospital y Clínica Privada, debidamente documentada, tienen sus propios Certificados de Defunción. Estos documentos también podrán ser solicitados por los médicos, para su uso particular y fuera del ámbito Hospitalario o de Clínicas Privadas. El mismo deberán solicitarlo en las Delegaciones del Registro Civil.

## Consideraciones Generales:

El certificado de defunción es un documento público oficial establecido por una legislación vigente que acredita la muerte de una persona, en las que consta el día, hora de la muerte de la persona y la causa de la misma<sup>1</sup>.

Es de confección obligatoria para los profesionales médicos, conforme surge del art. 19° - inciso 8° de la Ley Nacional n° 17.132 (ley de ejercicio profesional para agentes del

arte de curar): *“Los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a: extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias”<sup>1</sup>.*

Ante un deceso, el médico debe completar un formulario que está integrado por dos planillas que se encuentran unidas entre sí y que se separan luego de la inscripción registral de deceso<sup>1</sup>.

La primera (el documento base para la inscripción de la defunción) conformado por el Certificado médico - propiamente dicho - de la defunción cuyo objetivo es el registro del hecho (en nuestro caso la muerte) con fines legales. La responsabilidad de confección del Certificado de Defunción, recae únicamente sobre el profesional médico. La segunda planilla contiene el informe estadístico de defunción (IED), que tiene por finalidad la captación de datos con fines estadísticos. El llenado del IED es de competencia y responsabilidad del profesional que certifica la defunción<sup>1</sup>.

Por lo tanto la calidad de esta información está ligada a la veracidad e integridad de los datos que se relevan, fundamentalmente sobre la causa básica de defunción. Los datos contenidos en el IED constituyen una descripción estadística del hecho vital ocurrido. La finalidad estadística de los mismos y la normativa legal vigente establece la obligatoriedad de su respuesta y los hace acreedores a la confidencialidad y reserva en el tratamiento de los mismos. Estos datos están protegidos bajo “El secreto estadístico”: Esto significa que los datos aquí recolectados no pueden ser utilizados para fines legales (Ley 17.622/ 68 y Decreto Reglamentario 3110/70 que crea el Sistema Estadístico Nacional y establece en su artículo 10).

El IED es la fuente más importante sobre mortalidad, de sumo interés para la programación y evaluación de acciones de salud, prevención de enfermedades, investigaciones médicas y epidemiológicas y asignación de fondos para las políticas públicas<sup>1</sup>.



### ¿Quién es el personal que debe confeccionar el Certificado de Defunción de pacientes fallecidos en la internación hospitalaria?

El esquema de firma del certificado en este caso responde al siguiente orden de prelación:

- Médico que haya asistido al fallecido en su última enfermedad.
- A falta del anterior: Por otro médico habilitado al efecto, que en forma personal hubiere constatado la defunción y sus causas.
- En los casos en que se diagnostique muerte encefálica en el curso de un operativo de procuración de órganos, el médico firmante del diagnóstico de muerte encefálica firmará, también el Certificado Médico de Defunción. Asimismo, se adjuntará al certificado una copia del acta de certificación de muerte encefálica para el Registro Civil<sup>2</sup>. En la práctica, no es infrecuente que el Certificado de Defunción sea firmado por el médico de la unidad de Terapia Intensiva.

El profesional deberá tener registrada su firma en la entidad regulatoria correspondiente (Registro Civil, Central de Defunciones, etc.).

Si el médico a cargo de completar el Certificado no tuviera la firma registrada para extender los certificados de defunción, dicho documento deberá ser confeccionado por otro médico que tenga la firma registrada.

Para el caso de certificados de defunción realizados en provincia de Bs As, el sello del profesional debe tener el N° de Matrícula provincial.

### Aspectos a tener en cuenta al momento de realizar el Certificado Médico de Defunción:

- Para poder completar y firmar el Certificado Médico de Defunción, como primer medida se debe **identificar a la persona**:

La identificación del fallecido resulta ser uno de los procedimientos más relevantes de todo el proceso. El facultativo o la autoridad a quien corresponda expedir el certificado de defunción deberán verificar la identidad del difunto. Conforme a los datos consignados en el Documento Nacional de Identidad, anotará el número de dicho documento en el mencionado certificado de defunción. Asimismo es el médico que certifica el fallecimiento sobre quien pesa la responsabilidad del desarrollo de esta tarea en el tiempo que el cuerpo permanezca en el lugar del fallecimiento.

En aquellos casos donde se produce una defunción de una persona sin identificación y donde las causas de muerte no ameritan la intervención judicial (ver más adelante), es responsabilidad del Médico que firma el Certificado Médico de Defunción, adjuntar a este Certificado el mayor número de datos conducentes a su identificación.

Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente, para estos casos con dificultades en la identificación, el Registro Civil adjunta al Certificado Médico de Defunción el Formulario F24 de Aviso de Fallecimiento (ver más adelante).

Es por ello que (conforme a la Ley 17.671, en su artículo n° 46) a continuación se detallan los pasos a seguir, en el orden de prelación establecido por la diversa normativa que regula la materia.

Si de los efectos personales del cadáver surge el Documento Nacional de Identidad, los datos deben ser transcritos en el Certificado Médico de Defunción<sup>2</sup>.

Si no dispone del Documento Nacional de Identidad, se deben tomar impresiones dactiloscópicas a los efectos de su identificación<sup>3</sup> Para ello se utiliza el Formulario "Aviso de Fallecimiento" N° 24.

Ante la imposibilidad de tomar las huellas dactiloscópicas, es necesario manifestar por escrito las causas que imposibilitan hacerlo<sup>3</sup>.

Si éstas no se pudiesen obtener, la identidad se probará con la declaración de dos testigos que conozcan al fallecido, haciéndose constar las causas que impidieran tomarlas. Si tampoco fuere posible esto último, se harán constar las circunstancias que lo impidan<sup>3</sup>.

- El médico firmante debe<sup>2</sup>:

1- Extender el certificado de puño y letra

2- Utilizar letra legible y bolígrafo de tinta azul (se permite

tinta negra para Certificados de Defunción de la Provincia de Bs. As);

3- Evitar realizar tachaduras o borraduras o usar lápiz corrector;

4- Salvar y firmar las enmiendas en el espacio "observaciones"; En los Certificados de Defunción de provincia de Bs. As sí se admiten enmiendas en los bordes libres del documento. Las mismas deberán estar debidamente salvadas con firma y sello del médico.

5- Evitar usar abreviaturas, signos o siglas (Ej.: EPOC, ACV, IAM) Las contracciones gramáticas (acrónimos) de amplio uso en el área de la salud, no se permiten, ya que se trata de un documento oficial con participación de agentes no médicos cuya interpretación de los mismos resulta usualmente diferente<sup>3</sup>.

6- Firmarlo y sellarlo, haciendo constar nombre, apellido y matrícula;

7- Hacer constar el sello del efector correspondiente;

8- Escribir el lugar de fallecimiento con calle y número, evitando en este punto escribir el nombre del establecimiento sanitario;

9- Para las causas de muerte, utilizar los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE10), o términos que posibiliten su posterior codificación con dicha clasificación.

10- Se debe comenzar por describir la causa inmediata de muerte, entendiéndose por "causa inmediata" a la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente;

11- Se debe continuar por describir la causa mediata de muerte, entendiéndose por "causa mediata" a otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte (diferentes a los del punto anterior).

12- Se debe concluir describiendo la causa originaria o básica de muerte, entendiéndose como aquella a la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, un término único es suficiente.

13- Utilizar un término único, si hay un solo componente en la cadena de acontecimientos que condujo a la muerte. En el GCBA, el paro cardiorrespiratorio no puede utilizarse como causa de muerte<sup>6</sup>. En Provincia de Bs. As no rige esta exigencia.

14- Modos de constatación de la muerte: Corresponden al paro cardiorrespiratorio o la muerte encefálica. Solamente debe marcar una de las opciones en el casillero correspondiente.

15- Para la hora de fallecimiento deben evitarse los dígitos "00:00" y "24:00" ya que pueden prestarse a confusión en el momento de relacionar fecha y hora de defunción<sup>2</sup>.

16- El Certificado médico de Defunción debe ir acompañado con el informe estadístico de defunción, y en su caso, por el certificado médico de cremación, ambos firmados por el mismo médico certificante.

17- La intervención del médico certificante se realizará por haber reconocido el cadáver personalmente o por haber asistido al difunto en la última enfermedad. No se admite la certificación por referencias de terceros<sup>2</sup>, excepto cuando el médico no disponga "físicamente" del DNI, y si deba marcar esa opción (se desarrollará el tema posteriormente).

### Defunción Fetal:

Conforme el art. 49° de la Ley 14.078 la Muerte fetal es definida como todo fallecimiento ocurrido antes de la expulsión o separación completa de la madre, cualquiera que haya sido la duración del embarazo, constatado por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios<sup>4,5</sup>.

El art. 50° de la mencionada Ley 14.078 clasifica las muertes fetales (MF) en PRECOZ (menor a 20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación (F.U.M.) o peso del feto menor a 500 gramos de peso; M.F. INTERMEDIA (entre 20 semanas de gesta pero menos de 28 semanas de gestación) y M.F. TARDIA (mayor a 28 semanas de gestación o peso superior a los 500 gramos)<sup>5</sup>.

Esta clasificación es de un importante valor médico legal ya que:

Las Muertes fetales PRECOCES solo requieren acta de defunción bajo exclusiva decisión de los progenitores, mientras que las Muertes fetales INTERMEDIAS y/o TARDIAS resultan obligatorias de certificación.

En aquellos casos de macrosomía fetal o incremento del peso corporal al momento de la muerte, deberá primar la edad gestacional para la mencionada clasificación<sup>1</sup>.

### Certificado médico de Defunción Fetal e informe estadístico de Defunción Fetal

El certificado médico de defunción fetal es un documento de suma importancia y constituye una fuente primaria de datos con los cuales se elaboran estadísticas de mortalidad. Éstas representan un instrumento imprescindible en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas de salud, donde las autoridades sanitarias competentes desarrollan su labor en el campo de la prevención y lucha contra las enfermedades<sup>1</sup>.

Es responsabilidad del médico que asiste el parto y/o la obstétrica, el firmar el Certificado Médico de Defunción fetal, especificando: Los datos de identificación de la parturienta, la causa de muerte fetal y el diagnóstico de la última enfermedad<sup>1</sup>.

Asimismo, es el mismo profesional el responsable de firmar el Informe Estadístico de Defunción Fetal<sup>1</sup>.

Recomendaciones generales para su confección<sup>6</sup>:

- El llenado de este formulario es obligatorio para toda inscripción de defunción fetal.

En el caso de parto múltiple se debe cumplimentar un informe estadístico de defunción fetal por cada caso producido de defunción fetal y uno de nacido vivo, por cada niño nacido vivo.

- El contenido de este formulario es para fines estadísticos y, por lo tanto, para su llenado no se requiere que el solicitante de la inscripción presente documentación alguna.

- Las preguntas cuya respuesta se indica marcando con una cruz, sólo admiten una única marca. En el informe no hay ninguna pregunta donde corresponda marcar más de una de las alternativas posibles.

- No dejar datos sin responder, de lo contrario faltará información. Se debe recordar que quien cumplimenta el informe estadístico es la persona que mejor puede indagar sobre la defunción fetal que registra y quien puede dar una información completa y veraz del acontecimiento<sup>6</sup>.

### Situaciones en las que el médico NO debería completar el Certificado de Defunción:

Los médicos tratantes no tienen la obligación de realizar Certificados de Defunción en los siguientes casos:

a) Certeza o sospecha de muerte violenta o traumática (suicidio; homicidio; accidente; lesiones traumáticas; abortos ilegales, envenenamientos).

b) Muertes por causas “dudosas de criminalidad”  
En caso de sospecha de que la defunción se hubiera producido como consecuencia de un hecho ilícito<sup>7</sup>.

c) Asistencia por personas no autorizadas para la atención

d) Causas de pacientes bajo custodia (judicializados).

En los casos de muerte violenta o de causa “dudosa de criminalidad” la notificación a la autoridad judicial es obligatoria (policía local, juzgados, fiscalías), de forma fehaciente y dejando expresa constancia en la historia clínica del fallecido.

Bajo estas circunstancias, el Certificado deberá ser emitido por el médico forense de la Morgue Judicial.

### Preguntas frecuentes en la práctica diaria:

#### • ¿Que médicos se encuentran autorizados a firmar el Certificado de Defunción?

Solamente los médicos que hayan registrado su firma en el Registro Civil.

Para proceder al registro de su firma, el médico debe concurrir al Registro Civil con la siguiente documentación: título profesional original, DNI, matricula, sello aclaratorio<sup>2</sup>.

#### • ¿Que sucede si el médico que asistía al paciente no se encuentra para la confección del CD?

Debe destacarse que en caso de no confección de los certificados de defunción por justa causa del médico actuante, los mismos deberán ser confeccionados por los profesionales de la cadena orgánica (ej.: en caso de no confección del médico de una guardia, la cadena de confección ascenderá al jefe de día de guardia, al jefe de emergencias médicas, al jefe de sala, al director asociado y finalmente al director ejecutivo del establecimiento, responsable este último como administrador del establecimiento sanitario– art. 89° - inc. B – Ley 14.078)<sup>1</sup>.

#### • ¿Que sexo debe consignarse en casos de genitales ambiguos?

En aquellos casos de nacimientos y muerte en portadores de genitalidad ambigua, debe decidirse por uno de ambos sexos. Finalizados los estudios científicos, los deudos podrán gestionar la corrección administrativa del acta de defunción, sin intervención de profesional médico alguno<sup>1</sup>.

#### • ¿Cómo debe consignarse el sexo del fallecido en los casos de cambio de identidad?

Deberá consignarse el sexo legal del fallecido, es decir, el que conste en su documento de identidad.

En la Provincia de Bs. As se contempló la opción de “sexo fenotípico”: donde deberá consignarse el sexo acorde las características morfológicas sexuales del fallecido. Esta aclaración se contempló ante la eventualidad de certificaciones de muertes por enfermedades en órganos diferentes (ej.: mujeres con tumores de testículo o pene u hombres con patologías ováricas)<sup>1</sup>.

#### • ¿Cómo se completa el CD si el fallecido no tiene “físicamente” el DNI?

El profesional deberá completar el CD con el Nombre y Apellido que figuran en la historia clínica y/o en la base de datos del sector de admisión de la institución en la que se encuentra internado.

- Si el fallecimiento ocurrió en la CABA: En el espacio correspondiente al “Tipo de Documento” no se marcará ninguna de las opciones y el médico deberá escribir el texto “ACTA LEY” N°: 17671<sup>2</sup>.

- Si el fallecimiento ocurrió dentro de la Provincia de Bs. As: En el espacio correspondiente al “Documento de Identidad N°” el médico no marcará ninguna opción y deberá escribir el texto “FICHA DAC” (esto significa: Ficha Dactilar)<sup>1</sup>.



Todo el resto de los ítems del CD deberán ser completados de la manera habitual.

En el ítem "Constancia de Identidad" se deberá marcar "por terceros".

En el ítem "Enmiendas y Observaciones" el profesional deberá aclarar lo siguiente: "no se cuenta físicamente con el documento de identidad".

Si se desconoce cualquier dato del fallecido y tampoco hay familiares o conocidos que lo declaren, se consignará al mismo como NN, determinándose sexo y edad aproximada, y acompañando las huellas dactilares en el formulario de aviso de fallecimiento (Formulario N° 24), tal como se describió anteriormente<sup>1</sup>.

Una vez completado el CD y habiéndose controlado que se hayan respetado las recomendaciones anteriores, para los casos particulares mencionados en este punto, en la práctica, es el personal de la cochería (junto a los familiares o representantes) quien se encarga de gestionar los tramites posteriores relacionados con la comprobación de la identidad en la Central de defunciones.

• **¿Se acepta el uso de Libreta de Enrolamiento y Libreta Cívica para acreditar identidad?**

El Registro Nacional de las Personas dispuso que "...a partir del 31 de marzo de 2017 el ciudadano que no haya obtenido el Nuevo DNI no tendrá un Documento de Identidad válido.." sin embargo en la práctica diaria, para la confección del Certificado de Defunción, se sigue aceptando tanto la Libreta Cívica como la Libreta de Enrolamiento para acreditar identidad.

• **¿Cómo se prosigue si el fallecido es un extranjero?**

Si es extranjero y se cuenta "físicamente" con el Pasaporte, se podrá consignar en el Certificado de defunción el número de Pasaporte.

Si no cuenta "físicamente" con el Pasaporte se podrá realizar el certificado de defunción teniendo en cuenta las consideraciones generales detalladas anteriormente respecto al conocimiento o declaración de terceros del nombre del fallecido, caso en el que se podrá colocar el nombre del mismo, con edad aproximada y fichas dactiloscópicas; o en su defecto, se considerará NN con edad aproximada, sexo y fichas dactiloscópicas<sup>1</sup>.

• **¿Cómo se procede cuando no se presenta ningún familiar al momento del fallecimiento?**

En los casos en los cuales no se presente ningún familiar o allegado en el momento del fallecimiento, será responsabilidad del área administrativa tratar de localizar a los mismos<sup>2</sup>.

En caso de no contar con el domicilio del fallecido, el hospital o sanatorio debe establecer contacto con el Registro Civil con el fin de que éste le informe el último domicilio declarado por el difunto. En caso de que la respuesta sea negativa es necesario recurrir a "comunicar a la comunidad". En este sentido, el Ministerio de Salud, a través de su Dirección Legal y Técnica, procederá, en un plazo no mayor a las 48hs a publicar Edictos con los datos del cadáver en el Boletín Oficial y diario de tirada nacional, a fin de convocar a familiares o allegados y puedan reclamarlo, para lo cual deberá especificar los datos de identidad o, en su defecto, de individualización, sin aclarar el fallecimiento de la persona; sino sólo convocando la presencia de los allegados al hospital<sup>2</sup>.

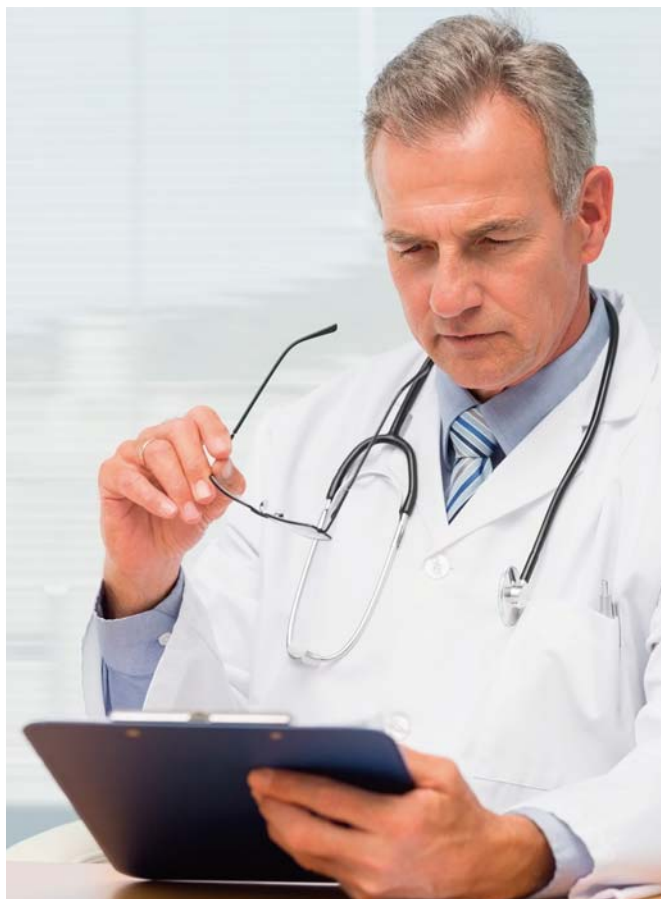
• **¿Quién debe firmar el CD cuando el fallecido se encuentra dentro de un Operativo de Procuración de órganos?**

En los casos en que se diagnostique muerte encefálica en el contexto de un operativo de procuración de órganos, el médico firmante del diagnóstico de la muerte encefálica también podrá firmar el certificado médico de defunción.

Si no lo hiciere, el certificado de defunción será firmado por el médico tratante de la institución. Al certificado de defunción se le deberá adjuntar una copia del "Acta de Certificación de Muerte Encefálica" para ser entregada en el registro Civil. El "Acta de Certificación de Muerte Encefálica" es un documento confeccionado por el personal a cargo del Operativo de procuración de órganos.

• **¿Cómo se procede si el paciente ya tenía una Intervención Policial al momento del fallecimiento?**

El medico NO firmará el certificado de defunción. Se deberá comunicar el fallecimiento a la seccional policial que corresponda según la jurisdicción<sup>2</sup>, para que sean las autoridades judiciales quienes dispongan el destino del cuerpo. Por lo general, en estos casos la justicia determina el traslado del cuerpo a la morgue judicial.



### Conclusión:

La confección del Certificado de Defunción, salvo en las excepciones ya mencionadas, resulta obligatoria para el médico a cargo del paciente al momento de su fallecimiento.

No debe considerarse a este acto como un formalismo meramente administrativo o un "trámite para la cochería", ya que los diagnósticos consignados en sus planillas tienen un doble carácter: el medicolegal (el registro del hecho) y la captación de datos con fines estadísticos.

Las deficiencias en la confección de los Certificados de Defunción reconocen varios factores y consecuencias. Un factor causal de deficiencia consiste en que gran número de profesionales médicos no ha logrado obtener una capacitación suficiente sobre cómo completar los certificados y cómo manejarse en determinadas situaciones particulares<sup>8</sup>.

El incumplimiento o falsificación de datos no solo genera responsabilidades graves impuestas por el Código Penal de la Nación (delito de orden doloso)<sup>1</sup>, sino que además traería como consecuencia fallas en la planificación de una correcta política de salud (ya que el certificado de defunción es un instrumento de recolección de datos con fines estadísticos).

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Estadística e Información de Salud y por medio del "Modelo de

Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales", recomienda al profesional médico que al confeccionar un certificado de defunción recuerde que:

- Es quien más sabe del acontecimiento que está registrando y quien puede consignar con mayor precisión todos los datos solicitados.
- Debe completar esos datos correctamente.
- La información veraz, completa y oportuna es un bien público (y una obligación legal). Sin ella no hay diagnóstico y por lo tanto, tampoco habrá una asignación de recursos según riesgos 8.

### Bibliografía

- 1- Manual de gestión de confección de certificados de defunción s/ley n° 14.078 Año 2.014, Ministerio de la Provincia de Buenos Aires.
- 2- Protocolo para el tratamiento de cadáveres, nacidos muertos, segmentos y partes anatómicas en hospitales del GCBA. Mayo 2014.
- 3- NORMA: Ley 17.671, Art. 46.
- 4- Dirección y Estadísticas e información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- 5- Ley 14078.
- 6- Boletín de Responsabilidad Profesional y Ética. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Certificado Médico de Defunción Fetal. Dra. Viviana Caramés, médica legista; docente de la cátedra de Medicina Legal (UBA). Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Año 2. N° 4. Mayo de 2007.
- 7- Ley 26.413 art.70 y 71.
- 8- Praxis médica, protección del profesional. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Año 5. N° 20. Julio de 2001. Coordinadores: Jorge Gilardi y Jorge Iapichino. Rol medico-legal y consideraciones generales, certificado de defunción. Prof. Dr. José Patitó Profesor titular de Medicina Legal (UBA), médico forense de la Justicia Nacional, anatómo-patólogo.



## LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

### BRINDAMOS UN SERVICIO DIFERENCIAL RESPALDADO POR SWISS MEDICAL GROUP

Nuestra División Servicios Médicos está compuesta por profesionales con amplia experiencia, dedicados a cuidar y entender las necesidades de nuestros asegurados.

Contrate su póliza y acceda a descuentos exclusivos en otros ramos.

PLAN MÉDICOS	
Integral de Comercio (rubro médico)	20% de descuento
Seguro de Hogar	25% de descuento
Seguro Automotor	15% de descuento

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un email a [consultassmgseguros@swissmedical.com.ar](mailto:consultassmgseguros@swissmedical.com.ar)

 **SMG**  
SEGUROS

