BOLETIN GALEGO DE Nº 31

MEDICINA LEGAL E FORENSE

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES Julio 2022

1. EDITORIAL.
2. LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. PERSPECTIVA MÉDICO FORENSE. Rodes Lloret F.
3. LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA. CUESTIONES DE INTERÉS MÉDICO FORENSE DE LA NUEVA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL Y SISTEMA DE APOYOS. PROPUESTA DE GUÍA DE VALORACIÓN FORENSE. Vila Gonzalez P. et al
4. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS JUZGADOS ANTE LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA. Ortega Torres R.
5. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ROTURA TRANSMURAL DEL TABIQUE. Rodríguez Esmores F.
6. OSIFICACIÓN PULMONAR DIFUSA COMO HALLAZGO DE AUTOPSIA. DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO Y CORRELACIÓN RADIOLÓGICA.Cascallana Bravo D., Cascallana Alvarez JL., Gordo Veronica.
7. SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DOCUMENTADOS.. Justa López L.
8. HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. SIGNO DE ROMANESE. A PROPÓSITO DE UN CASO. Muñoz Hernandez V., Aparcero Fernandez Del Campo M.A.
9. IDENTIFICACIÓN DE UN CADÁVER ESQUELETIZADO A PARTIR DE PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EVOLUCIONADA. Polo Cerdá M.

El BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACIÓN GALEGA DE MÉDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva actual está formada por Dn Fernando Serrulla Rech como Presidente, Dn José Luis Cascallana como Vicepresidente, Dn José Antonio Sampayo Moure como Secretario, Dña Juana López Gómez como Tesorera y como vocales Rita Torres Pérez, Fernando Rodriguez Esmores, Juan Gonzalez Fontán y Tamara Ramos Paradelo. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 118.666 y registrada en el Registro Autonómico de Asociaciones Profesionales. La A.G.M.F. tiene su sede actual en la Unidad de Antropología Forense del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Hospital de Verín, 32600 Verín, Ourense.
DEPOSITO LEGAL OR-86/1995.
ISSN 1136-078X.
Revista Open Access.
http://www.agmf.es/boletin.html
Título Clave: Boletín Galego de Medicina Legal e Forense.
Título abreviado: Bol. Galego med. leg. forense.

Revista indexada en REBID https://www.redib.org/

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

Google Scholar

El presente número del BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el número 31 y contiene información anterior al 30 de junio de 2022.

Las comunicaciones con el BOLETÍN se dirigirán a la atención del Director desde la página web de la Asociación Galega de Médicos Forense.
EL BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE SE PUEDE DESCARGAR GRATUITAMENTE EN LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN:
www.agmf.es

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES: Se descargará en la página web de la A.G.M.F.

Fotografía de portada: Manuel Polo Cerdá. Unidad de Antropología y Odontología Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia.

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA

boletin galego de
medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

DIRECTOR
Dn Fernando Serrulla Rech

COMITÉ EDITORIAL
Dn. Enrique Dorado Fernández
Dn. José Antonio Sampayo Moure
Dn. José Luis Cascallana Álvarez
Dña. Iria del Río Tajes
Dña. Juana López Gómez
Dña. Ana Losada Gil
Dn. Alberto Fernández Liste
Dn. Máximo Lucio Rodríguez Vázquez
Vanesa Pérez González
Dña. Antía Diéguez Quintairos

COMITÉ CIENTÍFICO
Excmo. Sr.Dn. Fernando Alañón Olmedo (Magistrado T.S.J. Galicia)
Dr. Dn. Ángel Carracedo Álvarez (Universidad Santiago de Compostela)
Dr. Dn. Juan Bautista Martí Lloret (Universidad Miguel Hernández)
Dr. Dn. Francisco Etxeberría Gabilondo (Universidad del Pais Vasco)
Dr. Dn. José Antonio Sánchez Sánchez (Universidad Complutense de Madrid)
Dr. Dn. Antonio Piga Rivero (Universidad de Alcalá de Henares)
Dr. Dn. José Luis Prieto Carrero (Médico Forense)
Dra. Dña. Beatriz Aguilera Tapia (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr. Dn. Benito A. López de Abajo Rodríguez (Médico Forense)
Dra. Dña. Mª Paz Suarez Mier (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dra. Dña. Mª Soledad Sánchez de León (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr. Dn. Fernando Rodes Lloret (IML CF de Alicante)
Dra. Dña. Mar Pastor Bravo (IML CF de Alicante)
Dr. Dn. Alberto Fernández Liste (IMELGA Santiago de Compostela)
Dra. Dña. Belén Campos Casal (IMELGA Vigo)
Dr. Dn. Víctor Dios García (IMELGA Ferrol)
Dra. Dña. Berta Rodríguez Martínez (IMELGA A Coruña)
Dr. Dn. Ignasi Galtés Vicente (IML y CCFF de Catalunya)

índice

1. *EDITORIAL. 7*

2. *LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. PERSPECTIVA MÉDICO FORENSE. Rodes Lloret, F. 11*

3. *LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA. CUESTIONES DE INTERÉS MÉDICO FORENSE DE LA NUEVA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL Y SISTEMA DE APOYOS. PROPUESTA DE GUÍA DE VALORACIÓN FORENSE. Vila Gonzalez P.et al 29*

4. *EL TRABAJO SOCIAL EN LOS JUZGADOS ANTE LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA. Ortega Torres R. 41*

5. *INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ROTURA TRANSMURAL DEL TABIQUE. Rodríguez Esmores F. 57*

6. *OSIFICACIÓN PULMONAR DIFUSA COMO HALLAZGO DE AUTOPSIA. DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO Y CORRELACIÓN RADIOLÓGICA.Cascallana Bravo D., Cascallana Alvarez JL., Gordo Veronica. 59*

7. SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DOCUMENTADOS. *Justa López L. 65*

8. *HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. SIGNO DE ROMANESE. A PROPÓSITO DE UN CASO. Muñoz Hernandez V., Aparcero Fernandez Del Campo M.A. 69*

9. *IDENTIFICACIÓN DE UN CADÁVER ESQUELETIZADO A PARTIR DE PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EVOLUCIONADA. Polo Cerdá M. 77*

Jóvenes despertad ya, que es la hora….

Estos días el compañero José Domingo Sánchez enviaba al foro la Gaceta de Madrid de 13 de mayo de 1862 donde por primera vez en la historia de España se asumía por el Estado la necesidad de los médicos forenses por Real Decreto de Fernández Negrete, Ministro de Gracia y Justicia. Lo leí con interés porque sabía de su existencia pero nunca había leido el texto completo. En realidad los médicos forenses 'de facto' ya existían desde mucho antes, incluso antes que el Dr Pedro Mata i Fontanet hablara de ello unos pocos años antes (1848). En el juicio celebrado en Allariz en 1852 contra el que puede ser el primer asesino múltiple de España Manuel Blanco Romasanta, varios médicos de la zona ejercieron de forenses y reconocieron al encausado desde el punto de vista físico pero también desde el punto de vista psiquiátrico. Concluyeron que no se creían la alegación de Romasanta de convertirse en lobo para matar a sus víctimas a pesar de la larga leyenda que arrasaba Europa de hombres-lobo desde el siglo XVI.

El texto de Fernández Negrete no tiene desperdicio pues aunque reconoce la necesidad de los médicos para auxiliar a los Jueces, admite que llevaban años sin pagarles por su trabajo y que ya era hora de arreglarlo. El Real Decreto establece que han de crearse plazas de Médicos Forenses en todos los Juzgados de Instrucción pero pagándoles por Arancel, es decir, por acto realizado según las tasas indicadas. En la página siguiente podéis leer el archivo remitido por José Domingo en el que se indica el precio de una autopsia de cadáver de más o menos de 48 h, el de una exhumación, etc…

Todo esto que os cuento viene a colación para que seamos todos conscientes de dónde venimos. Desde 1862 hasta 2022 un gran número de médicos forenses han peleado por mejorar esta profesión, por dignificarla, por elevarla de categoría científica, porque nos paguen más, por guardias de 24 horas, por recuperar la especialidad,…No ha salido de la nada y no nos han regalado nada. El presente es en gran parte el resultado del pasado, pero algunos médicos forenses jóvenes que han aterrizado en esta profesión con todo conseguido quizás se piensan que ya está todo hecho. La profesión necesita de todxs para mantenerse en pie, si no vendrán los Psiquiatras y harán la Psiquiatría Forense o los Peritos Valoradores la valoración del daño corporal,…y cuando nos queramos dar cuenta tendremos una profesión sin contenido. En unos pocos años nos jubilaremos los de la generación del 'baby boom' y la profesión sufrirá un brusco descenso en el número de profesionales.

Dedico esta editorial a lxs médicxs forenses jóvenes titulares o interinos, a todxs lxs que les guste su trabajo, que se impliquen en la profesión para que siga existiendo y sea cada vez mejor. Que despierten del letargo generado por el ingreso mensual del sueldo fácil. Nada se consigue sin esfuerzo y todxs hacemos falta.

Y como siempre gracias a los autores, a la Dirección Xeral de Xustiza por su apoyo, a La Imprenta por su enorme paciencia en la maquetación del número, a los compañeros de la Comisión Moodle por su ejemplo, a los lectores y a todo el equipo editorial incluida la asociada Ana Cascón que con un trabajo callado hace que nuestra revista esté indexada en REDIB.

Fernando Serrulla Rech.

GACETA DE MADRID.

PARTE OFICIAL.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS.

S. M. la Reina (Q. D. G.) y su augusta Real familia continúan en el Real Sitio de Aranjuez sin novedad en su importante salud.

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA.

Exposicion á S. M.

SEÑORA:

Los Tribunales encargados de administrar justicia necesitan en muchos casos ilustrar su juicio con el dictámen de peritos, y entre otros son los Médicos los que más frecuentemente les prestan el auxilio de sus conocimientos científicos. Pero declarado justamente libre por la ley el ejercicio de las facultades, ha acontecido frecuentemente que, por diversas causas, los Jueces se han encontrado en ocasiones sin la cooperacion de aquellos Profesores, en daño de la humanidad, ó con detrimento de la buena administracion de justicia; así como en otros casos esta clase, que en su generalidad, justo es consignarlo, ha acudido celosa al llamamiento de los Tribunales, ha quedado sin la retribucion debida á trabajos, difíciles muchas veces, é importantes siempre.

Con el propósito de cortar estos males, la ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855 ordenó ya la organizacion del servicio médico forense, que no puede demorarse desde el punto en que la ley de presupuestos del presente año ha provisto de la manera posible á esta necesidad con la cifra que por ahora debe estimarse suficiente, y sin perjuicio de que el Código de procedimientos en materia criminal y la ley orgánica de Tribunales vengan en su dia á resolver de una manera cabal y definitiva las varias y graves cuestiones que á este asunto se refieren.

La medida que el Ministro que suscribe tiene el honor de proponer hoy á la aprobacion de V. M. responde en su sencillez misma á su peculiar objeto, sin dar al servicio médico forense una organizacion innecesariamente ámplia y costosa; y al paso que pone á los Profesores bajo la dependencia judicial, como auxiliares de la justicia, les da una prenda segura y eficaz de que sus trabajos profesionales han de ser en todo caso recompensados. Así expresamente lo dispone la ley de Sanidad; y para llevarla á debido cumplimiento en esta parte y realizar los fines indicados, se ha dado preferencia en el proyecto al sistema de retribucion por derechos de Arancel sobre el de dotacion fija, la cual seria injusta por lo desigual, atendidos la índole de los servicios de que se trata y su número infinitamente variable segun las circunstancias de cada localidad.

Los Médicos forenses, como los peritos químicos que, si bien con ménos frecuencia que aquellos, auxilian á los Tribunales con trabajos de confianza y trascendencia evidentes, pueden estar seguros de obtener la indicada remuneracion, porque correrá á cargo del capítulo correspondiente del presupuesto del Ministerio de Gracia y Justicia en los casos en que la parte condenada al pago de costas y gastos del juicio fuese insolvente, ó unas y otros se declaren de oficio.

En virtud, pues, de estas consideraciones, el Ministro que suscribe, oidos el Consejo de Estado y el de Sanidad del Reino, tiene el honor de someter á la aprobacion de V. M. el siguiente proyecto de decreto.

Aranjuez 13 de Mayo de 1862.

SEÑORA:

A L. R. P. de V. M.

SANTIAGO FERNANDEZ NEGRETE.

REAL DECRETO.

En consideracion á las razones expuestas por el Ministro de Gracia y Justicia acerca de la necesidad de organizar el servicio médico forense, de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.° Conforme á lo dispuesto en el art. 95 de la ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, el servicio médico forense quedará organizado desde 1.° de Octubre próximo venidero en los Juzgados de primera instancia.

Art. 2.° Con el nombre de Médico forense habrá en cada Juzgado de primera instancia un Facultativo encargado de auxiliar la administracion de justicia en todos los casos y actuaciones en que sean necesarios ó convenientes la intervencion y servicios de su profesion, tanto en la capital del partido, como en cualquier pueblo ó punto de la demarcacion judicial.

Art. 3.° Para ser nombrado Médico forense se requiere:

Ser español.

Mayor de 25 años.

Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirujía.

Haber ejercido con buena nota su profesion por dos años á lo ménos.

Acreditar buena conducta moral y profesional.

Art. 4.° No podrán ser Médicos forenses los que se hallen inhabilitados para ejercer el cargo de Juez de paz, segun lo establecido en los casos 1.°, 2.°, 3.°, 6.° y 7.° del art. 5.° del Real decreto de 22 de Octubre de 1855.

Art. 5.° El Médico forense residirá necesariamente en la capital del Juzgado para que haya sido nombrado, y no podrá ausentarse de ella sin licencia del Juez, del Regente de la Audiencia del territorio, y del Ministro de Gracia y Justicia en los respectivos casos.

6.° El Juez podrá conceder la licencia de que habla el artículo anterior por ocho dias á lo más, 20 el Regente de la Audiencia, y el Ministro de Gracia y Justicia por el tiempo que estime conveniente.

Art. 7.° En las ausencias ó enfermedades del Médico forense, le sustituirá otro Profesor que desempeñe igual cargo en la misma poblacion.

En las poblaciones en que no haya más de un Juzgado, y por consiguiente un solo Médico forense, será sustituido por el Profesor que el Juez designe, con sujecion á las reglas 1.ª y 2.ª del art. 16, dando en todo caso cuenta al Regente de la Audiencia del territorio.

Art. 8.° Lo dispuesto en los dos párrafos del artículo anterior será aplicable en caso de vacante, ó cuando por cualquier motivo no pueda el Médico forense desempeñar su cargo.

Art. 9.° El Médico forense está obligado, en virtud de lo prevenido en el art. 2.°, á practicar todo acto ó diligencia propios de su profesion é instituto con el celo, esmero y prontitud que la naturaleza del caso exija y la administracion de justicia requiere.

Art. 10. Cuando en algun caso, además de la intervencion del Médico forense, el Juez estime necesaria la cooperacion de uno ó más Facultativos de la misma clase, hará el oportuno nombramiento en la forma que para las sustituciones previene el artículo 7.°

Lo establecido en este artículo tendrá tambien lugar en algun caso grave, en que el Médico forense crea necesaria la cooperacion y el Juez lo estime así.

Art. 11. Siempre que sea compatible con la buena administracion de justicia, el Juez podrá conceder prudencialmente un término al Médico forense para que preste sus declaraciones, evacue los informes y consultas, y redacte otros documentos que sean necesarios, permitiéndole asimismo designar las horas que tenga por más oportunas para practicar las autopsias y exhumaciones de los cadáveres.

Art. 12. En los casos de envenenamiento, heridas ú otra lesion cualquiera quedará el Médico forense encargado de la asistencia facultativa del paciente, á no ser que este ó su familia prefiera la de uno ó más Profesores de su eleccion, en cuyo caso conservará aquel la inspeccion y vigilancia que le incumbe para llenar el correspondiente servicio médico forense.

Art. 13. Si el paciente ó su familia hiciese la eleccion de Profesor ó Profesores de que habla el artículo anterior, y el Médico forense no estuviese conforme con el tratamiento ó plan curativo empleado, se reunirán para ponerse de acuerdo, y si no lo consiguiesen, dará parte de todo al Juez de primera instancia de que dependa á los efectos que en justicia procedan.

Art. 14. Las disposiciones de los artículos 12 y 13 son aplicables cuando el paciente se halle ó ingrese en la cárcel, hospital ú otro establecimiento, y sea asistido por los Facultativos de los mismos.

Art. 15. En los pueblos que no sean cabeza de partido judicial, los Facultativos designados por los Alcaldes estarán obligados á prestar los servicios propios del Médico forense hasta tanto que este intervenga.

Art. 16. Los Alcaldes observarán en la designacion de que habla el artículo anterior el siguiente órden de preferencia:

1.° El Médico-cirujano titular, anteponiendo cuando haya más de uno el de superior grado académico, y en igualdad de circunstancias el más antiguo.

2.° Cuando no haya titular, se valdrán de cualquiera otro Profesor, ateniéndose á la precedente regla respecto á la categoría académica y antigüedad.

3.° Si no hubiere en la poblacion Licenciado en Medicina y Cirujía, recurrirán, segun el caso, á cualquier Médico ó Cirujano puros que en la misma se encuentren.

4.° Cuando no haya Profesor de ninguna de las clases indicadas, podrán los Alcaldes valerse del que mejores condiciones reuna entre las poblaciones inmediatas, inclusa la capital del partido; entendiéndose obligados dichos Facultativos á prestar el servicio, á no ser que fuesen titulares, en cuyo caso será preciso obtener el permiso del Alcalde de que dependan.

Art. 17. No podrán los Alcaldes obligar al Médico ó Cirujano puros á prestar servicio alguno médico forense que no corresponda á su respectiva profesion.

Art. 18. En los juicios verbales sobre faltas, y en los hechos que el Código penal califica de tales, en que sea necesaria la intervencion de Facultativo, prestará el servicio oportuno el Médico forense del Juzgado correspondiente.

En los pueblos que no sean capital de partido se valdrán los Alcaldes del Profesor que designen, segun lo establecido en el art. 16.

Art. 19. Cuando haya sospechas de envenenamiento, y en los demás casos en que sea necesario el auxilio de un perito químico, podrá el Juez recurrir á uno ó más Doctores ó Licenciados en Farmacia que tengan establecido laboratorio, ó cuenten con los medios suficientes y propios para practicar el correspondiente análisis.

El Médico forense, asista ó no al acto, suministrará al Farmacéutico encargado del análisis los datos ó noticias que este crea necesarios ó convenientes para llevarlo á cabo.

Art. 20. Si en el Juzgado no pudiera practicarse aquella operacion por falta de Profesores competentes ó por otro cualquier motivo, se verificará en el punto más inmediato en que sea posible.

En todo caso expresarán los Profesores el procedimiento empleado en el análisis.

Art. 21. Siempre que sea necesario repetir el ensayo, ó que no se haya podido practicar de primera intencion en los casos indicados en los artículos 19 y 20, se hará el análisis por los Catedráticos de Toxicología y Medicina legal y quinto año de Farmacia en cualquiera de las Universidades en que se hallen establecidas aquellas enseñanzas, prefiriendo siempre la Universidad más próxima á la capital de la Audiencia del territorio respectivo.

Art. 22. Para que tenga efecto lo dispuesto en el artículo anterior, las sustancias ú objetos que hayan de analizarse, convenientemente recogidas y colocadas por el Médico forense, y precintadas y selladas por el Juzgado, se remitirán por conducto del Regente de la Audiencia al Rector de la Universidad en que haya de verificarse el análisis.

Art. 23. Practicada la operacion por los Profesores referidos, expedirán estos certificacion ó informe de su resultado, y se dirigirá al Juzgado por el mismo conducto del Regente de la Audiencia.

Art. 24. En las poblaciones en que residan más de dos Médicos forenses, por razon del número de Juzgados que en ellas haya, constituirán dichos Facultativos un cuerpo que desempeñará cualquier servicio médico forense que los Jueces y Tribunales les encomienden.

Un reglamento formado por los mismos Profesores, y aprobado por el Ministerio de Gracia y Justicia, ordenará el régimen interior de aquellos cuerpos.

Art. 25. Los Jueces y Tribunales podrán, siempre que lo estimen oportuno, oir el dictámen en asuntos médico-legales de las Reales Academias de Medicina y Cirujía ú otras corporaciones científicas legalmente establecidas.

Art. 26. Los Médicos forenses y demás Profesores á que se refiere este decreto, que presten servicios con el carácter de auxiliares de la administracion de justicia, anotarán al pié de las diligencias ó escritos correspondientes los derechos que cada uno devengue, los que percibirán siempre con arreglo al adjunto Arancel.

Art. 27. Los derechos señalados en el Arancel por los servicios que se presten en los casos de que hablan los artículos 21 y 24 son colectivos, y se distribuirán entre los Facultativos por iguales partes.

Art. 28. Los derechos que se devenguen en el caso establecido por el art. 18 serán la mitad de los señalados en el Arancel al respectivo servicio.

Art. 29. En todo caso en que la parte condenada al pago fuese insolvente se satisfarán por el Estado, con cargo al capítulo correspondiente del presupuesto del Ministerio de Gracia y Justicia.

Esto mismo tendrá lugar cuando las costas y gastos del juicio se declaren de oficio.

Art. 30. Para el abono de los indicados derechos se tendrá en cuenta lo dispuesto en la regla 52 de la ley provisional para la aplicacion del Código penal y demás disposiciones que sean igualmente aplicables.

Art. 31. Los Médicos forenses serán nombrados por el Ministerio de Gracia y Justicia.

Art. 32. Los aspirantes á la plaza de Médico forense presentarán sus solicitudes, dirigidas á S. M., en el Juzgado respectivo, acompañando los documentos que acrediten su aptitud legal y profesional, y las circunstancias que les hagan ser preferidos á otros en el nombramiento.

Art. 33. Instruido el oportuno expediente, el Juez de primera instancia lo remitirá al Ministerio de Gracia y Justicia por conducto del Regente de la Audiencia del territorio, informando al mismo tiempo uno y otro acerca de las circunstancias de los aspirantes.

Art. 34. Los Médicos forenses no podrán ser separados de sus cargos sino en virtud de expediente gubernativo en que se oiga al interesado.

ARTÍCULO TRANSITORIO.

No obstante lo dispuesto en el art. 32, podrán ser confirmados los nombramientos expedidos de Real órden á favor de los Médicos forenses que en el dia actúan en los Juzgados de primera instancia y Tenencias de Alcalde de Madrid.

Dado en Aranjuez á trece de Mayo de mil ochocientos sesenta y dos.

ESTÁ RUBRICADO DE LA REAL MANO.

EL MINISTRO DE GRACIA Y JUSTICIA,

SANTIAGO FERNANDEZ NEGRETE.

Arancel de los derechos que devengan los Médicos forenses y demás Facultativos que actúan como auxiliares de la administracion de justicia.

		Madrid.	Poblaciones de más de 30.000 almas.	Poblaciones de ménos de 30.000 almas.
Por un reconocimiento		20	15	10
Por una certificacion		20	15	10
Por una declaracion		30	20	15
Por un parte del estado de salud		16	12	8
Por la primera cura de heridas no penetrantes		16	12	8
Por la primera cura de heridas penetrantes		30	20	15
Por un informe ó consulta	Si no ocupa más de una hoja de papel de la marca del sellado	50	40	30
	Si excede de la primera hoja, por cada una que se añada	20	15	10
Asistencia diaria	Por una visita, si hubiese que hacer cura	12	8	6
	Por una simple visita	8	6	4
	Por dos ó más visitas al dia sin cura	16	12	8
Por cada junta		40	30	20
Por cada operacion de las correspondientes á cirugía menor		8	6	4
Por cada operacion mediana		80	60	40
Por cada grande operacion		200	160	120
Autopsias	Antes de las 48 horas	Inspeccion exterior	60	50	40
		Inspeccion interior limitada á una ó dos cavidades	100	80	60
		Inspeccion interior completa, ó sea de las tres cavidades	160	120	100
		En casos de envenenamiento	200	180	160
	Pasadas las 48 horas	Inspeccion exterior	80	70	60
		Inspeccion interior limitada á una ó dos cavidades	160	140	120
		Inspeccion interior completa, ó sea de las tres cavidades	200	160	140
		En casos de envenenamiento	300	260	240
Exhumaciones		Simple reconocimiento del cadáver ó esqueleto	120	100	80
		Autopsia ó exámen más detenido	240	220	200
Análisis		Por cada análisis verificado en el Juzgado ó punto más inmediato por uno ó más Doctores ó Licenciados en Farmacia	140	120	100
		Por asistencia de un Médico forense al acto	20	20	20
		Por los análisis que se verifiquen en las Universidades, y el informe ó certificacion correspondiente	300	300	300
Si se invierte en la operacion más de un dia y no excede de diez, por cada dia que se agregue al primero			60	60	»
Si se invierten más de diez dias, por cada uno que se agregue al primero			40	40	»
Por un informe ó consulta evacuado por los Médicos-forenses en cuerpo	Si no ocupa más de una hoja en papel de la marca del sello		100	80	60
	Si excede de la primera hoja, por cada una que exceda		40	30	20

NOTAS.

1.ª El importe de los reactivos empleados en los análisis será satisfecho aparte.

2.ª Cuando se practicare la autopsia despues de las 48 horas de la defuncion y no se hubieren facilitado al Médico forense los necesarios desinfectantes, se abonarán 15 rs. sobre los derechos señalados en este Arancel.

3.ª Los derechos consignados para cada servicio médico forense serán siempre de abono aunque se practique sucesivamente ó en un mismo acto.

4.ª Si los servicios se prestasen desde las diez de la noche á las seis de la mañana, se aumentarán los derechos correspondientes en una cuarta parte.

5.ª Cuando el Médico forense tenga que salir de la capital del Juzgado para desempeñar el servicio, les serán abonados sobre los derechos 30 rs. por cada medio dia, y 40 por un dia entero.

6.ª El servicio médico forense no comprendido en Arancel se asimilará para su retribucion á aquel con que tenga más analogía.

Aprobado por S. M.—Fernandez Negrete.

El Regente de la Audiencia de Sevilla remite á este Ministerio con fecha 13 del actual el Acta del nacimiento y presentacion del augusto Infante que S. A. R. la Serma. Sra. Infanta Doña María Luisa Fernanda ha dado á luz en aquella ciudad:

En la ciudad de Sevilla, á 12 de Mayo de 1862, yo D. Juan José Gonzalez Nandin y de Agreda, Regente de la Real Audiencia de esta ciudad, autorizado por Real órden de 9 de Abril último para ejercer las funciones de Notario mayor de los Reinos en el acto del alumbramiento de la Serma. Sra. Infanta Doña María Luisa Fernanda, Duquesa de Montpensier:

Certifico y doy fe que á las cinco y media de la mañana fuí avisado para que inmediatamente me trasladase al Real Palacio de SS. AA. RR., por considerarse á la Serma. Sra. Infanta con síntomas de parto; y habiéndome presentado sin demora, acompañado de mi Secretario, que lo es el honorario de S. M. y Escribano de Cámara de la misma Audiencia D. Jacobo de Ayensa, prévio el beneplácito de S. A. R. fui introducido en la Real estancia en que dicha augusta Señora se hallaba, acompañada de su augusto esposo el Sermo. Sr. D. Antonio María Felipe Luis de Orleans, Duque de Montpensier. Encontrábanse tambien en dicha Real estancia la Excma. Sra. Doña Eulalia Osorio de Moscoso, Duquesa de Medina de las Torres, Marquesa de Monasterio, Grande de España de primera clase y Dama de S. M.: la Excelentísima Sra. Doña Fausta Gonzalez Alvarez de Bohorques, Marquesa viuda de Cela, condecorada con la banda de Damas nobles de María Luisa: la Excelentísima Sra. Doña Rosario Areyzaga de Thierry, condecorada con la banda de Damas nobles de María Luisa: la Excma. Sra. Doña Matilde Trechuelo de Schelly, condecorada con la banda de Damas nobles de María Luisa; todas tres Damas de honor de S. A. R. la Serma. Sra. Infanta; y la Excma. Sra. Doña Joaquina Miranda, viuda de Vallejo, condecorada con la banda de Damas nobles de María Luisa y Aya de las Sermas. Sras. Infantas; y los Doctores en Medicina el Excmo. Sr. D. Antonio Serrano, Médico efectivo de Cámara de S. M. al servicio de SS. AA. RR., Caballero Gran Cruz de Isabel la Católica, individuo del cuerpo de Sanidad militar, y Comendador de las Reales Ordenes de Cárlos III y Cristo de Portugal: el Sr. D. Andrés Joaquin Azopardo, Médico de Cámara de S. M., Comendador de la distinguida Orden de Isabel la Católica y Catedrático de término de la Facultad de Medicina de la Universidad de esta ciudad; y el Sr. D. Antonio Rivera, del cláustro de la Universidad literaria, Médico honorario de Cámara de S. M., Comendador de la Real Orden americana de Isabel la Católica y Vicedecano del Colegio de Medicina de esta ciudad. Los referidos Profesores declararon ante mí, prévio el permiso de S. A. R. la Serma. Sra. Infanta, que efectivamente observaban en dicha augusta Señora síntomas precursores de parto inmediato, por lo que me retiré á la Real Cámara á esperar el resultado. Entre tanto se habian reunido en dicha Real Cámara con sus trajes y uniformes respectivos los individuos que debian concurrir, conforme al ceremonial publicado en las Reales disposiciones insertas en la *Gaceta* de 8 de Abril, cuyos individuos por el órden, clase y representacion en las mismas establecido son los siguientes:

Por el Consejo de Ministros.—El Excmo. Sr. Don Genaro de Quesada, Teniente General de los ejércitos nacionales, Caballero de las Grandes Cruces de San Hermenegildo, Cárlos III é Isabel la Católica, y Capitan general de Andalucía.

Por el Senado.—El Emmo. y Excmo. Sr. D. Manuel Tarancon, Cardenal Presbítero de la Santa Romana Iglesia, Arzobispo de esta diócesis, Senador

LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. PERSPECTIVA MÉDICO FORENSE.

EUTHANASIAN LAW. FORENSIC MEDICAL POINT OF VIEW.

RODES LLORET, F.[1]

RESUMEN.
Se aborda en el presente trabajo, el estado actual de la eutanasia en el mundo así como los principales aspectos de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, desde una perspectiva médico forense, tales como la incapacidad de hecho y su valoración, el documento de instrucciones previas, la información y el consentimiento informado, la historia clínica, el secreto profesional, la consideración de este tipo de fallecimiento como muerte natural, la objeción de conciencia, y las posibles situaciones de solicitud de informe pericial a los IMLCF desde la jurisdicción contencioso administrativa.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia. Medicina forense.

ABSTRACT.
The current state of euthanasia in the world is addressed in this work, as well as the main aspects of Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia, from a forensic medical perspective, such as disability de facto and its assessment, the prior instructions document, information and informed consent, clinical history, professional secrecy, the consideration of this type of death as natural death, conscientious objection, and the possible situations of application for expert report to the IMLCF from the contentious-administrative jurisdiction.

KEY WORDS: Euthanasia. Forensic Medicine.

CONTACTO: Fernando Rodes Lloret, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante, Avda Aguilera nº 53, Palacio de Justicia de Benalúa, 03007 Alicante, España; fernando.rodes@gmail.com

El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente.
Código de Deontología Médica. 2011.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. LA EUTANASIA EN EL MUNDO.

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)[1] ha convertido a España en el cuarto país europeo en legalizarla tras Países Bajos (2002), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2009).

También está la eutanasia permitida en Canadá (2016), Colombia (2015), Nueva Zelanda (2021) y parcialmente en algunos estados de Australia (Victoria 2019, Australia Occidental 2021 y Tasmania, 2022), mientras que el suicidio asistido lo está en Suiza (2018) y en algunos estados de EE. UU. (Oregón 1997, Washington 2009, Montana 2009, Vermont 2013, Colorado 2016, California 2016, Hawái 2018, Nueva Jersey 2019 y Maine 2019).

Recogemos a continuación los aspectos más importantes de cada uno.

<u>Países Bajos.</u>

Aprobó en 2001 la primera ley de eutanasia del mundo, entrando en vigor en 2002. Está permitida tanto la eutanasia como el suicidio asistido[2]. Se aplica con una edad mínima de 12 años. Por encima de los 18 la decisión le corresponde en exclusiva al paciente, desde los 16 los padres son consultados, pero no se requiere su consentimiento. Entre los 12 y los 16 años, la solicitud procederá del paciente y

1 Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante. Universidad de Alicante.

sus padres, que consentirán.

Se admiten las instrucciones previas.

El control es posterior a la eutanasia. El médico que la va a practicar tiene que consultar con un médico independiente, cuya opinión no es vinculante, aunque si se realiza la eutanasia en contra de su criterio, se tendrá que justificar la decisión discrepante ante el Comité Regional de Supervisión.

En 2017 supusieron un 4,4% del total de fallecimientos.

Las causas más frecuentes fueron: 68% por cáncer, 7% por enfermedades neurológicas degenerativas, 5% por causas vasculares y 3,5% por causas pulmonares[3].

Bélgica.

La Ley de Eutanasia se aprobó en 2002 simultáneamente con otras dos normas: Ley de Derechos de los Pacientes y Ley de Cuidados Paliativos estando permitida tanto la eutanasia como el suicidio asistido[2].

Ha de ser una persona mayor de edad o menor emancipado. En caso de menor no emancipado existen algunas restricciones: Requiere el consenso del menor y sus padres, no puede fundamentarse únicamente en el sufrimiento mental, debe consultarse con un psiquiatra o psicólogo infantil sobre la competencia para decidir y no puede ser anticipada, ni basada únicamente en instrucciones previas.

Se admiten las instrucciones previas.

Se debe consultar a un médico independiente y si es un paciente no terminal se consulta con un tercer médico independiente.

En 2017 supusieron un 2,1% del total de fallecimientos. Las causas más frecuentes fueron: 61% por cáncer, 19% por enfermedades neurológicas degenerativas, 3,4% por causas vasculares, 3% causas pulmonares, 1,7% psiquiátricas y 19% por pluripatología. No eran situaciones terminales un 16% de los casos[3].

Luxemburgo.

Aprobó en 2009 una Ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido. Se puede aplicar solo a mayores de 18 años con una enfermedad incurable que conlleve un dolor insoportable y constante sin esperanza de mejora[2].

Canadá.

Derogó en 2015 la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido, comenzando por Quebec (donde no se exige determinada esperanza de vida). En 2016, el Colegio de Médicos de Ontario publicó las Directrices provisorias para la muerte asistida[3].

Colombia.

Es el único país de América Latina donde está permitida la eutanasia. Se despenalizó en 1997 y se reguló en 2015[3].

Nueva Zelanda.

Fue país el primer país en el mundo en someter la eutanasia a referendo, junto a las papeletas de las elecciones generales de 2020[4]. Ha de ser mayor de edad. Se necesita la aprobación de dos médicos.

Australia.

El solicitante ha de ser mayor de 18 años y con una esperanza de vida entre 6-12 meses.

Suiza.

Está prohibida la eutanasia activa. El Código Penal, desde 1918, solo considera delito el suicidio asistido si la motivación fue egoísta; sin embargo, el auxilio al suicidio por motivos altruistas es impune. Entre los requisitos no se exige la participación de un médico, ni que el paciente sea terminal. La eutanasia practicada por un médico no está

permitida

EE. UU.

El suicidio médicamente asistido en mayores de 18 años con enfermedad terminal y pronóstico de vida inferior a 6 meses está despenalizado en varios estados, siendo Oregón en 1997 el primero que lo aprobó.

1.2. LA EUTANASIA EN ESPAÑA.

En España la LORE[1] distingue dos conductas eutanásicas: La eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre.

Y así lo recoge el art. 3 al definir la "prestación de ayuda para morir":

> *g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir.*
>
> *Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:*
>
> *1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.*
>
> *2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.*

En el primer año de entrada en vigor de la LORE[1] en España se han practicado 180 eutanasias. En 22 se han donado órganos lo que ha permitido realizar 68 transplantes.

2. ASPECTOS MÉDICO FORENSES.

Esta ley recoge aspectos de interés médico forense, tales como la incapacidad de hecho, el documento de instrucciones previas, la información y el consentimiento informado, la historia clínica, el secreto profesional, el carácter natural de este tipo de muerte, y la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa con la consiguiente (y trascendente) implicación de la medicina forense.

2.1.INCAPACIDAD DE HECHO.

Uno de los requisitos que la LORE[1] exige para recibir la prestación de ayuda para morir es ser capaz y consciente en el momento de la solicitud (art. 5.1.a).

Consciente.

Siguiendo el diccionario de la lengua española entendemos por "consciente": Que tiene conocimiento de algo o se da cuenta de ello, especialmente de los propios actos y sus consecuencias.

Capaz.

Sabemos que la capacidad de obrar es la aptitud para obrar con eficacia jurídica y presupone la existencia en la persona de cualidades y condiciones que determinan su voluntad libre y consciente[5].

Incapacidad de hecho.

El artículo 3h: de la LORE[1] define la incapacidad de hecho como:

> *Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.*

2.1.1. Valoración de la incapacidad de hecho.

La LORE[1] recoge en su art. 5 que para recibir la prestación de ayuda para morir no se exigirán los siguientes requisitos: disponer por escrito de información y alternativas y posibilidades de actuación, realizar dos solicitudes con una separación de al menos 15 días naturales y prestar consentimiento informado, siempre y cuando el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante) y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, o documento equivalente legalmente reconocido, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable y se hará conforme al Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho establecido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y recogido como anexo IV del Manual de buenas prácticas en eutanasia[6].

Como veremos, ante un resultado no concluyente, el médico/a responsable puede recurrir a herramientas de apoyo o a la interconsulta con un profesional sanitario experto/a.

Este protocolo[7], disponible también en la web del Ministerio de Sanidad[2] se estructura en tres fases:

Fase 1.

Entrevista clínica al paciente, valorando su capacidad de comprensión, capacidad de apreciación, razonamiento coherente y expresión de una elección voluntaria y libre de coacciones externas.

Fase 2.

Posibilidad de que el médico/a responsable recurra a determinadas herramientas de apoyo. Recomienda tres herramientas:

- Minimental State Examination (MMSE)[8]
- Aid to Capacity Evaluation (ACE) o Ayuda para la evaluación de la capacidad[9]
- MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)[10]

Fase 3.

Sí el médico/a responsable no ha alcanzado un resultado concluyente, se recomienda realizar una interconsulta con un profesional sanitario experto/a en la valoración de situaciones de capacidad o incapacidad.

Una vez el médico/a responsable ha valorado la situación de capacidad o incapacidad de hecho, el médico/a consultor/a corrobora, en su caso, la existencia de esa situación, emitiendo un informe favorable o desfavorable que deberá constar en la historia clínica del paciente.

2.1.2. Consideraciones médico legales.

Fase 1.

El proceso deliberativo clínico para verificar la situación de incapacidad de hecho deberá constar en la historia clínica de forma explícita y reflejar con detalle los diferentes aspectos de la valoración realizada[6].

El médico/a responsable deberá valorar:

2 https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/home.htm

a) Si la persona entiende la información que se le proporciona (capacidad de comprensión).

b) Si interioriza adecuadamente la mencionada información en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias de las distintas alternativas (capacidad de apreciación).

c) Si hace un uso lógico de la información en el proceso de toma de decisiones (razonamiento coherente)

d) Si al final logra tomar una decisión y comunicarla, de forma voluntaria y libre de coacciones externas (expresión de una elección).

Además de estos criterios, el médico/a responsable debe asegurar que la incapacidad no tenga su origen en un déficit de información, a dificultades comunicativas o a elementos culturales, que deben ser abordados específicamente. En particular, el médico/a responsable debe asegurarse que el paciente cuenta con la información completa sobre su situación clínica, su pronóstico y los cursos de acción posibles[6].

Fase 2.

- Consideraciones sobre el uso del MMSE (versión internacional de 30 puntos)[6]:

- Una puntuación mayor de 24 puntos MMSE habitualmente se asocia a una situación de capacidad.

- Puntuaciones entre 20 a 23 representan una zona gris de incertidumbre.

- Puntuaciones por debajo de 20 puntos aumentan la probabilidad de incapacidad de hecho.

- Esta probabilidad se incrementaba por debajo de 16 puntos, siendo poco probable por tanto que una persona con una puntuación menor a 16 puntos fuese considerado capaz.

El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MMSE de 30 puntos es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo.

Por lo tanto, en fases intermedias de demencia, con puntuaciones entre 17 y 23, el MMSE no resultaría fiable como herramienta para evaluar la capacidad de hecho.

También sería necesario tener en cuenta las fluctuaciones que se puedan producir en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con periodos de mayor lucidez y episodios confusionales[6].

En cualquier caso, las herramientas cognitivas o escalas funcionales no se recomiendan como herramientas para la valoración de la capacidad de la persona, al menos no de forma aislada ya que no permiten identificar alteraciones en la apreciación.

Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones, con un tiempo de realización medio de 5 a 15 minutos, y está adaptado al castellano por Lobo A, Saz P y Marcos G[8].

Cuando existan dudas sobre la capacidad del paciente tras la entrevista clínica, es recomendable utilizar los siguientes instrumentos de evaluación de la capacidad:

- Consideraciones sobre el uso del Aid to Capacity Evaluation (ACE) o Ayuda para la evaluación de la capacidad[9]

Para este instrumento se denomina capacidad a la facultad de comprender la información relevante para la toma de una decisión y la facultad de apreciar las consecuencias previsibles de dicho acto (o de su omisión) y su objetivo es ayudar a los médicos a evaluar sistemáticamente la capacidad cuando el paciente se enfrenta a una decisión médica[9].

Antes de evaluar la capacidad, se deben identificar y abordar las barreras a la comunicación (por ejemplo, discapacidad auditiva, discapacidad visual, barreras del

lenguaje, disfasia, disartria). Otras personas pueden ayudar a un individuo a comunicarse (Ej. traductores).

Recomienda utilizar, siempre que sea posible, las mismas palabras del paciente (Ej. si el paciente llama al cáncer "crecimiento", utilice “crecimiento” para las discusiones relacionadas a este tema).

Se trata de una entrevista semiestructurada, de preguntas abiertas y cerradas, con un tiempo de realización medio de 4,5 minutos, y está adaptado al castellano y validado en nuestro medio por Moraleda S y col[11].

Esta herramienta evalúa:

- la comprensión de la información,
- la habilidad del paciente para decidir y comunicar una decisión médica concreta
- la existencia de trastornos mentales que puedan interferir con la toma de decisiones.

El ACE clasifica al paciente en cuatro categorías:

- capaz,
- probablemente capaz,
- probablemente incapaz
- incapaz.

Se recomienda utilizar el instrumento ACE en personas con puntuaciones inferiores a 24 puntos en el MMSE, para confirmar su capacidad de hecho para solicitar la ayuda para morir.

Es muy importante señalar que no se debe evaluar si se está de acuerdo o en desacuerdo con la decisión de la persona, sino la capacidad de la persona para entender y tomar su propia decisión[9].

El instrumento/cuestionario consta de ocho dominios de evaluación.

- Los dominios 1 a 4 evalúan si la persona entiende su problema médico actual, el tratamiento propuesto y las opciones alternativas (incluyendo mantener o suspender el tratamiento).
- Los dominios 5 a 6 evalúan si la persona aprecia las consecuencias de su decisión.

Para los dominios 1 a 6:

- si la persona responde adecuadamente a la formulación de preguntas abiertas, puntúe “Si”;
- si se necesita reformular las mismas mediante preguntas cerradas, puntúe “Incierto”;
- y si no puede responder adecuadamente a pesar de repetirlas, puntúe “No”.

Para el dominio 7, si la persona parece deprimida o psicótica, se debe decidir si su decisión se ve afectada por estas condiciones. En tal caso, se utiliza el dominio 7a o 7b, respectivamente.

<u>- Consideraciones sobre el uso del MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)</u>

Permite evaluar el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas:

- comprensión de la información recibida,
- apreciación del significado de esa información para el propio paciente,
- razonamiento para comparar las alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias y
- expresión de una decisión elegida.

El MacCAT-T es una herramienta más compleja que el ACE y el tiempo que requiere para su realización es más largo, pero podría ser de utilidad cuando hay dudas sobre la capacidad de apreciación del sujeto en alguna de las cuatro áreas descritas, siempre que sea necesario realizar una exploración en mayor profundidad[6].

Esta herramienta está validada y traducida al castella.o por Hernando P, Lechuga X y Sole P[12].

Fase 3.

En el caso de que, tras haber realizado la entrevista clínica y haber recurrido a alguna de las herramientas de apoyo propuestas, el médico/a responsable no alcance un resultado concluyente sobre si el paciente padece o no una situación de incapacidad de hecho, se recomienda una interconsulta con un facultativo/a experto/a en la valoración de este tipo de situaciones o de la patología del paciente[6].

Debe quedar muy claro que esta interconsulta es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE[1] hay que realizar al médico/a consultor.

2.2. DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

Viene recogido en 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[13]:

> *Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo*.

El otorgante del documento puede designar un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

Ya hemos comentado que la LORE[1] prevé que en los casos de incapacidad de hecho en los que exista un documento de instrucciones previas, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

En estas situaciones, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas.

También el médico que trata al paciente puede presentar la solicitud de eutanasia si no existe ninguna persona que pueda presentarla en nombre del paciente.

En tal caso, dicho médico está legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal[14] que establece que

> "*Se encuentran legitimados para acceder a los asientos del Registro nacional… d) Las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad y Consumo previa solicitud del facultativo que estuviese tratando al otorgante".*

Por su parte, el Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] recoge tajantemente:

"Un paciente en situación de incapacidad de hecho, solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación".

"El documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido a la entrada en vigor de la ley, solo se podrá tener en cuenta cuando la voluntad del paciente se exprese de manera clara e inequívoca".

2.2.1. Consideración médico legal.

La actual legislación establece que el documento de instrucciones previas puede otorgarse ante un notario, ante testigos o ante personal de la Administración.

En cualquiera de los tres casos debe acreditarse fehacientemente que la persona que suscribe el mismo está totalmente capacitada para hacerlo de forma libre y consciente. Especial relevancia tiene este extremo en el caso de que se incluya la eutanasia en el documento.

Coincidimos con la Sociedad Española de Neurología (SEN)[15] en que ante la sospecha de que el otorgante no comprende bien la trascendencia del documento o del contenido que quiere plasmar en el mismo, debería solicitarse por parte del notario o del personal de la Administración que un facultativo (su médico habitual, un psiquiatra, neurólogo, geriatra…) certifique que el otorgante está realmente capacitado.

Por su parte, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)[16] considera necesaria una revisión del proceso de realización de instrucciones previas, especialmente en el caso de personas aquejadas de trastornos mentales, de forma que, si incluye una solicitud de eutanasia, quede acreditada la capacidad de consentimiento informado, se precisen las circunstancias clínicas en las que se va a ejecutar la solicitud y el tiempo de validez del documento.

2.3. INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Uno de los requisitos que la LORE[1] exige para recibir la prestación de ayuda para morir es que el solicitante haya prestado consentimiento informado antes de recibir la prestación de ayuda para morir, salvo como ya hemos referido, las situaciones de incapacidad de hecho.

La LORE[1] define el consentimiento informado en su art. 3 como

La conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación de ayuda para morir.

El art. 4 recoge:

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable.

En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a

fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

El art. 5 recoge:

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (salvo las situaciones de incapacidad de hecho)

Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2.3.1.Consideración médico legal.

Ya hemos referido anteriormente que un paciente en situación de incapacidad de hecho solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación[6].

¿Y si el solicitante de la prestación de eutanasia se encuentra afectado por una enfermedad mental?

Se pueden plantear varias situaciones[16]:

1. La enfermedad/padecimiento grave e incurable que provoca sufrimientos, origen de la solicitud no es un trastorno mental.

En este caso hay que valorar si hay signos/síntomas psicopatológicos que puedan influir en la decisión (en los pacientes con depresión la solicitud puede ser debida a la presencia de esta).

2. La enfermedad/padecimiento grave e incurable que provoca sufrimientos, origen de la solicitud es un trastorno mental.

Veamos que ocurre en otros países donde la eutanasia está legalizada:

- EE. UU. (algunos estados): queda descartado, ya que se exige que la muerte ocurra previsiblemente en menos de 6 meses

- Colombia, Nueva Zelanda, Canadá, Australia (algunos estados): lo excluyen específicamente

- Bélgica y Países Bajos: exigen una segunda opinión por un psiquiatra independiente

- Suiza: lo permite

- Luxemburgo: lo permite

3. Carácter “incurable” o no de los trastornos mentales

La SEP recoge en su posicionamiento que, exceptuando algunas formas evolucionadas y de extrema gravedad, existe un acuerdo general en considerar que los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras enfermedades, no conducen por sí mismos a la muerte.

Y acaba concluyendo:

- Se considera imprescindible una extrema prudencia en la aplicación de la eutanasia/suicidio asistido a personas con trastorno psiquiátrico.

- Se solicita que la valoración psiquiátrica sea obligatoria cuando el estado de ánimo, la cognición, la capacidad, el consentimiento, la voluntariedad, la comprensión o el juicio estén en cuestión, con independencia de la enfermedad primaria que motiva la solicitud.

- Se solicita la presencia de al menos un médico especialista en psiquiatría, con formación adecuada acreditada por una sociedad científica, dentro de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación.

2.4. HISTORIA CLÍNICA.

De sobra es conocida la importancia médico forense que la historia clínica tiene cuando hay una reclamación judicial.

La historia clínica es el documento médico legal que contiene los datos, variaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Se elabora con la finalidad de facilitar la asistencia al paciente y en ella queda registrada toda la relación del personal sanitario con éste, todos los actos y actividades médico-sanitarios y todos los datos relativos a su salud[17].

Entendemos por historia clínica el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial[13].

La LORE[1] establece una serie de obligaciones del médico/a responsable, médico/a consultor/a y del equipo asistencial con relación al registro en la historia clínica del paciente de las actuaciones y decisiones que se vayan produciendo durante el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. En particular, debe dejarse registro en la historia clínica de[6]:

- La recepción y comprensión por el paciente de la información sobre el proceso médico facilitada por escrito por el médico/a responsable.
- La primera solicitud, firmada por el paciente y rubricada por un profesional sanitario o por el médico/a responsable.
- La reducción del plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud, cuando el médico/a responsable considere que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, en función de las circunstancias clínicas concurrentes.
- El informe del médico/a responsable.
- El informe del médico/a consultor/a.
- El consentimiento informado prestado por el paciente, previo a recibir la prestación de ayuda para morir.
- El documento de revocación de la solicitud.
- El informe sobre la valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.
- El informe de denegación motivado.
- Los documentos referenciados en la LORE, cuando correspondan.
- Cuando proceda, el uso del/los medicamentos fuera de ficha técnica de acuerdo al Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Cualquier otro, a criterio del médico/a responsable.

2.5. SECRETO PROFESIONAL.

Los diferentes códigos deontológicos de los equipos asistenciales habituales (medicina[18] y enfermería[19], fundamentalmente) recogen taxativamente la obligación deontológica de guardar secreto profesional.

El Código de Deontología Médica[18] se refiere al secreto profesional médico en los siguientes artículos:

Art. 27.2: *el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.*

Art. 28.5: *La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional*

Art. 29.*1: El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.*

La LORE[1] recoge en su art. 19 el deber de secreto de las Comisiones de Garantía y Evaluación (el de los profesionales sanitarios se da por descontado) en los siguientes términos:

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

2.5.1. Consideración médico legal.

La información de las Comisiones de Garantía y Evaluación no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. La administración sanitaria competente creará los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar este deber. En especial, se recomienda la suscripción de un compromiso al efecto y firmado por cada miembro[6].

Dado que estas Comisiones de Garantía y Evaluación tienen carácter multidisciplinar, formadas por personal sanitario y no sanitario, "*deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas*" es necesario recordar los conceptos de secreto compartido y secreto derivado.

El secreto médico compartido deriva necesariamente de la asistencia ejercida por un equipo multidisciplinar en los que trabajan conjuntamente diferentes especialistas médicos, junto a personal técnico o de enfermería. Todos ellos tienen inexcusablemente el deber de secreto médico compartido[20].

El secreto médico derivado se configura como el deber de sigilo del personal no sanitario (como es el caso de las Comisiones de Garantía y Evaluación) que surge motivado por la complejidad administrativa y técnica existente en la actualidad en relación con la medicina y que pueden tener acceso a la documentación clínica.

Lógicamente, el médico/a consultor/a estará sujeto al mismo deber de secreto y confidencialidad que el médico/a responsable respecto a los datos a los que tenga acceso durante el proceso de la prestación de ayuda para morir[6].

2.6. MUERTE NATURAL.

La LORE[1] recoge en su Disposición adicional primera la consideración legal de la muerte a consecuencia de la eutanasia como natural.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

¿Qué ocurre en otros países donde la eutanasia está legalizada?

En Países Bajos[3,21]:

- No requiere una autorización judicial o

administrativa previa, el control se realiza a posteriori.

- El control comienza informando inmediatamente al forense municipal, dado que no se trata de una muerte natural, que a su vez informa al Comité Regional de Supervisión (un jurista, un experto en ética y un médico).

- Si el Comité comprueba que se han satisfecho todos los requisitos, concluye la investigación.

- En caso contrario, puede pedir información adicional o incluso citar a los médicos para justificarse.

- Si persiste la duda, se informará a la Inspección Sanitaria y al Ministerio Fiscal para que investiguen al médico

En Bélgica[3]:

- Se certifica como muerte natural.

- Se comunica antes de 4 días de practicada a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, para que confirme que se han cumplido todos los requisitos legales.

- En caso contrario, se dará parte a la fiscalía.

2.6.1. Consideraciones médico legales.

1. Muerte natural/muerte violenta.

Desde una perspectiva estrictamente médico legal, la muerte por eutanasia es una muerte violenta, ya que es consecuencia de un agente externo al organismo[22].

Hay que recordar que en las muertes violentas o sospechosas de criminalidad es preceptiva la práctica de la autopsia judicial o médico legal (art. 340 y 343 Ley de Enjuiciamiento Criminal[23]).

Art. 340.

Si la instrucción tuviere lugar por causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, antes de proceder al enterramiento del cadáver o inmediatamente después de su exhumación, hecha la descripción ordenada en el artículo 335, se identificará por medio de testigos que, a la vista del mismo, den razón satisfactoria de su conocimiento.

Art. 343.

En los sumarios a que se refiere el artículo 340, aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los Médicos forenses o, en su caso, por los que el Juez designe, los cuales, después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias.

Para practicar la autopsia se observará lo dispuesto en el artículo 353.

Sin embargo, al considerarse por la LORE[1] como muerte natural, supondrá que no se judicializará, se certificará mediante un Certificado Médico de Defunción y por lo tanto no se practicará la autopsia judicial o médico legal.

2. ¿Quién certifica el fallecimiento?

El Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] recoge es que el/la médico/a responsable el que debe certificar el fallecimiento del paciente.

3. ¿Cómo se cumplimenta en certificado de defunción?

El certificado médico de defunción deberá

expresar:

- como causa inmediata: Prestación de ayuda para morir (LO 3/2021).

- como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante»[6].

2.7. OBJECIÓN DE CONCIENCIA.

El Código de Deontología Médica[18] recoge en su capítulo VI la objeción de conciencia.

Art. 32

1. Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.

2.- El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.

Artículo 33

3.- El médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia. El Colegio de Médicos le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Artículo 35

De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.

La LORE[1] define la objeción de conciencia en el art. 3:

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

El art. 16 establece las formas de ejercer la objeción de conciencia, así como la creación de un registro.

Art. 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

2.7.1. Consideraciones médico legales.

El Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] establece unas Recomendaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios en el marco de la LORE[1], entre las que destacan aspectos tan importantes como:

- La objeción de conciencia es un derecho individual, no colectivo. Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad.

- La objeción debe ser específica y referida a las acciones concretas de la ayuda para morir. No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente.

- De acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE[1], los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia son aquellos que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo.

Además de los profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración y suministro de medicamentos, podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia los médicos/as responsables y consultores/as, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación, entre ellos los psicólogos clínicos.

Igualmente, podrán ejercerla los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda para morir, y en la preparación de kits de medicamentos.

- Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación formarán parte de ella de manera voluntaria, a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma. Deberá garantizarse que sus miembros no sean profesionales objetores a la LORE, a fin de asegurar el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir.

- El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir, deberá informar al paciente sobre el ejercicio de su derecho a la objeción y estará obligado a derivar dicha solicitud a su inmediato superior o a otro profesional para iniciar el procedimiento (de acuerdo con lo que se establezca en cada comunidad autónoma).

- Se aceptará “la objeción sobrevenida” y la reversibilidad en la decisión, puesto que la vida es un proceso dinámico en que las opiniones de los sujetos pueden cambiar, independientemente de que se haya podido declarar una objeción de conciencia general, previa y por escrito. Por lo tanto, en el Registro de objeción de conciencia, los profesionales sanitarios podrán inscribir sus declaraciones de objeción o anular las mismas en cualquier momento.

- No es ético objetar en el sistema público y no hacerlo en el privado o viceversa, pues la objeción de conciencia no es auténtica si se basa en motivaciones o razonamientos técnicos, jurídicos, laborales o de cualquier otra índole distinta a la propia conciencia moral.

- No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia.

- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir no será aplicable al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares,

acompañamiento ni a los traslados intercentros.

2.8. RECURSO ANTE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA.

Posibles situaciones en las que el solicitante podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa:

a) El médico responsable deniega la solicitud, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

b) El médico consultor informa desfavorablemente, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

c) Los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación informan desfavorablemente, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación (tienen que resolver 2 miembros diferentes a los inicialmente designados) y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

d) Los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación discrepan, se eleva al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

El recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa derivará, con gran probabilidad, en una solicitud de informe pericial al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Los posibles motivos de denegación o informe desfavorables son:

Para el 1º y 2º supuestos (médico responsable deniega/médico consultor informa desfavorablemente):

- Porque no se cumple alguno de los requisitos del art 5.1, en especial:

Enfermedad grave e incurable:

La que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Padecimiento grave, crónico e imposibilitante:

Situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

- Porque la información no ha sido comprendida por el paciente no pudiendo otorgar el consentimiento informado (incapacidad de hecho) y no hay voluntades anticipadas que contemplen este supuesto.

Para el 3º y 4º supuestos (los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación informan desfavorablemente / discrepan):

- Por no cumplir el requisito de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

3. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE nº 72. 25/03/2021, p. 34037-49.
2. https://elpais.com/sociedad/2020/02/19/actualidad/1582115262_135029.html
3. León F. Ogando B. Álvarez S. Eutanasia. Situación legislativa en el mundo. AMF 2019;15(3):133-140.
4. https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589
5. RODES F. Enfermedad mental. Aspectos médico-forenses. Madrid: Diaz de Santos; 2006.
6. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
7. Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm
8. LOBO A, SAZ P, MARCOS G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
9. Instrumento de Ayuda para la Evaluacio´n de la Capacidad. Resumido de: Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE) (en li´nea). Disponible en URL:https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf
10. https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf
11. MORALEDA S, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. Aten Primaria. 2014. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.005
12. HERNANDO P, LECHUGA X, SOLE P. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisionessanitarias. Rev Calid Asist 2012;27:85-91.
13. 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. BOE nº 274. 15/11/2002, p. 40126-32.
14. RD 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE nº 40. 15/02/2007, p. 6591-3.
15. Sociedad Española de Neurología. Posicionamiento de la Sociedad Española de Neurología sobre la "Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia".Madrid: 2021. [consultado 29 Jun 2021] Disponible en: https://www.sen.es/noticias-y-actividades/noticias-sen/2927-posicionamiento-de-la-sen-sobre-la-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia.
16. Sociedad Española de Psiquíatra. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición?de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia. Madrid: SEP; 2021. [consultado 28 Jun 2021] Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf
17. RODES F, PASTOR M. Importancia de la historia clínica ante la Administración de Justicia. Alicante médico. Revista del Ilustre Colegio de Médicos de la provincia de Alicante; 2017: 197:34.
18. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011.
19. Código deontológico de la enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería; 1998.
20. Manual de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2012.
21. https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html
22. ARIMANY-MANSO J, MARTIN-FUMADÓ C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de la eutanasia en España. Rev Esp Med Legal. 2021;47:89-91.
23. Ley de enjuiciamiento criminal. Madrid: Civitas; 2015.

Anexo I

Por su interés, recogemos el artículo 3 (definiciones) y la Disposición final primera (Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) de la LORE[1]:

Artículo. 3

A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).

b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al art culo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del C digo Penal, en los términos siguientes:

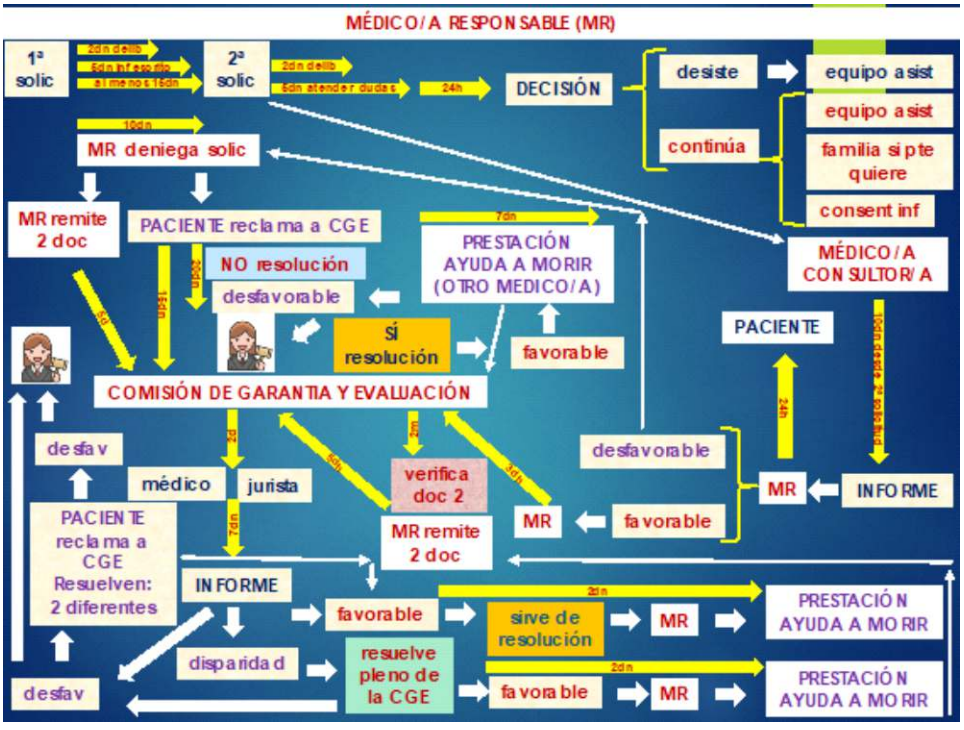
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos

a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las se aladas en los apartados 2 y 3.

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.

Anexo II

Diagrama de flujo: trámites y plazos en la LORE[1]



LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA. CUESTIONES DE INTERÉS MÉDICO FORENSE DE LA NUEVA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL Y SISTEMA DE APOYOS. PROPUESTA DE GUÍA DE VALORACIÓN FORENSE.

LAW 8/2021, OF JUNE 2, BY WHICH THE CIVIL AND PROCEDURAL LEGISLATION IS REFORMED TO SUPPORT PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE EXERCISE OF THEIR LEGAL CAPACITY. ISSUES OF FORENSIC MEDICAL INTEREST OF THE NEW CIVIL AND PROCEDURAL LEGISLATION ON PERSONAL AUTONOMY AND SUPPORT SYSTEM. FORENSIC ASSESSMENT GUIDE PROPOSAL.

VILA GONZALEZ P.[1], CAMPOS CASAL A.B.[1], RIERA TÁBOAS A.[1], DE LA FUENTE PEREZ M.J.[1], LÓPEZ DE ABAJO RODRIGUEZ B.[2]

RESUMEN.
El 2 de junio de 2021, se publicó en el BOE la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica* [1]. Su entrada en vigor, el 3 de septiembre de 2021, se produjo en un contexto social condicionado aún por la pandemia del SARs-CoV2, y sin una valoración previa de los recursos necesarios en la administración de justicia, para dar cumplimiento a los requerimientos del nuevo marco legal, como la dotación del personal en los IML, su capacitación y formación especializada, así como la de los operadores jurídicos. A estas dificultades, debemos añadir las diferentes interpretaciones que se está realizando por parte de los operadores jurídicos sobre cuestiones procedimentales y periciales. En este sentido, no se ha publicado ninguna guía o recomendación para la valoración forense adaptada al nuevo marco legal, por parte de las asociaciones profesionales, asociaciones civiles, ni Instituciones Jurídicas. Se propone una guía de actuación para la prueba pericial forense sobre autonomía personal y medidas de apoyo, que permita evaluar aquellas áreas de su vida con relevancia jurídica, utilizando el marco conceptual estandarizado y unificado de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS [2].

PALABRAS CLAVE: Ley 8/2021. Discapacidad. Capacidad jurídica. Capacidad mental. Autonomía personal.

ABSTRACT.
On June 2, 2021, the new law 8/2021, of June 2, was published in the BOE, which reforms civil and procedural legislation to support people with disabilities in the exercise of their legal capacity. Its entry into force, on September 3, 2021, occurred in a social context still conditioned by the SARs-CoV2 pandemic, and without a prior assessment of the necessary resources in the administration of justice, to comply with the requirements of the new legal framework, such as the staffing of the IML and the training and specialized education of legal operators. To these difficulties, we must add the different interpretations that are being made by legal operators on procedural and expert questions. In this sense, no guide or recommendation for forensic assessment adapted to the new legal framework has been published by professional associations, civil associations, or legal institutions. An action guide is proposed for the forensic expert evidence on personal autonomy and support measures, which allows evaluating those areas of life with legal relevance, using the standardized and unified conceptual framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the WHO.

KEY WORDS: Law 8/2021. Disability. Juridical capacity. Mental capacity. Personal autonomy.

CONTACTO: Paula Vila González. Calle Lalín nº4, Edificio Juzgados; CP 36209; Vigo, Pontevedra; paula.vila.gonzalez@xunta.gal; Teléfono: 986 81 71 68

1 Médica Forense. Instituto de Medicina Legal de Galicia. Subdirección de Vigo.
2 Médico Forense. IMELGA. Jefe de Servicio de Clínica. Médico Forense.

1. JUSTIFICACIÓN.

El 2 de junio de 2021, se publicó en el BOE la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Su entrada en vigor, el 3 de septiembre de 2021, se produjo en un contexto social condicionado aún por la pandemia del SARs-CoV2, y sin una valoración previa de los recursos necesarios en la administración de justicia, para dar cumplimiento a los requerimientos del nuevo marco legal, como la dotación del personal en los IML, su capacitación y formación especializada, así como la de los operadores jurídicos. A estas dificultades, debemos añadir las diferentes interpretaciones del texto, como las realizadas sobre cuestiones procedimentales y periciales, entre las cuales destaca el carácter preceptivo o no del informe pericial social.

Algunas de estas cuestiones, están relacionadas con el enfoque predominantemente social del texto legal, en contraposición al modelo médico o biológico. En este sentido, se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de "modelo médico" versus "modelo social".

El modelo médico, considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

El modelo social considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

El problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política.

Sin embargo, tal y como recoge la OMS, la discapacidad debe entenderse como el resultado de la interacción dinámica entre personas que tienen algún problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y ciertos factores personales y ambientales (como puedan ser actitudes negativas, medios de transporte y edificios públicos inaccesibles o escaso apoyo social). Es frecuente que la discapacidad no sea percibida como una cuestión de salud y que, en consecuencia, no se adopten medidas para incluirla en el sector de la salud, sabiendo además que este sector suele quedar relegado a un segundo plano en las estrategias y planes de acción nacionales para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [3] y seguir los progresos al respecto. Por este motivo, la evaluación de la discapacidad y en funcionamiento debe estar basada en la integración de estos dos modelos opuestos, y esto incluye también las evaluaciones en ámbito pericial. El enfoque biopsicosocial proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. PRINCIPALES CAMBIOS LEGI.LATIVOS CON IMPLICACIONES PERICIALES.

2.1.1. Objeto de la ley.

Adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.

2.1.2. Estructura de la ley: Consta de un preámbulo, ocho artículos, dos disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales. El artículo primero modifica la Ley del Notariado. El articulo segundo, modifica el Código Civil, Artículo tercero Modificación de la Ley Hipotecaria. Artículo cuarto Modificación de la Ley Enjuiciamiento Civil Artículo quinto Modificación de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad. Artículo sexto Modificación de la Ley del Registro Civil. Artículo séptimo Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Artículo octavo Modificación del Código de Comercio. El interés médico forense se centra en el artículo segundo, pues "sienta las bases del nuevo sistema basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad, el cual informa toda la norma y se extrapola a través de las demás modificaciones legales al resto de la legislación civil y la procesal". Estos procedimientos ya no son denominados de "modificación de la capacidad" y pasamos a hablar de medidas de apoyo a las personas con discapacidad para ejercicio de capacidad jurídica. La tutela en mayores de edad y emancipados desaparece, también la prodigalidad, y la curatela se convierte en principal medida de apoyo de origen judicial para las personas con discapacidad. (tabla 1).

2.1.3. Medidas de apoyo. Función, tipos e indicación:

2.1.3.1. Función de las medidas de apoyo: asistir a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en los ámbitos en los que sea preciso, respetando su voluntad, deseos y preferencias.

2.1.3.2. Tipos de medidas de apoyo:

a. NO JUDICIALES: de naturaleza voluntaria, la guarda de hecho.

b. JUDICIALES: la curatela y el defensor judicial.

2.1.3.3. Indicación legal de medidas judiciales: La ley refleja el "*defecto o insuficiencia de la voluntad de la persona de que se trate*" como indicación de medidas legales o judiciales. Por otra parte, establece que las medidas serán de carácter asistencial de forma predominante, salvo "*en casos excepcionales, cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad, deseos y preferencias de la persona, las medidas de apoyo podrán incluir funciones representativas. En este caso, en el ejercicio de esas funciones se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación."*

TABLA 1. Principales cambios en los procedimientos sobre capacidad jurídica con implicaciones periciales.

Sustitución en la toma de las decisiones.	Respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.
Más centrados en cuestiones patrimoniales.	Más centrados aspectos personales (decisiones de la vida ordinaria, domicilio, salud, comunicaciones, etc)
	Preferencia por medidas voluntarias y autocuratela.
	Carácter asistencial predominante. La representación es excepcional.
	Se suprime la prodigalidad
Persona con capacidad modificada judicialmente.	Persona con discapacidad con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.
Enfermedad persistente que le impida gobernarse por si misma.	Ausencia o insuficiencia de voluntad en el ejercicio de su capacidad jurídica

2.2. CONTROVERSIAS TERMINOLÓGICAS Y CONCEPTUALES.

Es llamativo el hecho de que una Ley que lleva a cabo una reforma, tan profunda y amplia, de la legislación civil y procesal, incluyendo cuestiones terminológicas fundamentales, no incluya las definiciones de dichos términos, como son *Discapacidad, Autonomía, Capacidad, Voluntad, Apoyo, Facilitador*, etc. A estos efectos, debemos tener presente que los términos son la representación de conceptos definidos en expresiones lingüísticas, como palabras o frases. Hay términos cuyo uso puede inducir a error, y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese mismo término se utiliza habitualmente, tanto en el lenguaje hablado como escrito, con un significado diferente; especialmente si tenemos en cuenta los diferentes contextos en los que pueden ser utilizados (jurídico, científico, coloquial). Sin embargo, es necesario ser claros y precisos a la hora de definir los distintos conceptos, de forma que se puedan escoger los términos apropiados para expresar sin ambigüedades los conceptos subyacentes. Por eso consideramos imprescindible establecer un marco conceptual estandarizado y unificado, cumpliendo con los requerimientos legales, pero siempre con el rigor científico que nuestra profesión exige. Para lo cual, proponemos la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS.

¿Por qué usar la CIF?

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” del “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Dado que la CIF es intrínsecamente una clasificación de salud y de aspectos “relacionados con la salud”, también se emplea en otros sectores como las compañías de seguros, la seguridad social, el sistema laboral, la educación, la economía, la política social, el desarrollo legislativo y las modificaciones ambientales. Ha sido aceptada como una de las clasificaciones

sociales de las Naciones Unidas e incorpora Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Como tal, la CIF nos brinda un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales.

Ámbito de la CIF.

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad.

(a) Funciones y Estructuras Corporales.

(b) Actividades y Participación.

Parte 2. Factores Contextuales.

(c) Factores Ambientales.

(d) Factores Personales (pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.)*

2.3. CONCEPTOS CLAVE: CAPACIDAD Y VOLUNTAD.

Una de las controversias conceptuales más destacables versa sobre la eliminación de la distinción entre capacidad jurídica y capacidad de obrar. El legislador ha tomado en consideración *"que, como ha puesto en evidencia la Observación General del Comité de Expertos de las Naciones Unidas elaborada en 2014, dicha capacidad jurídica abarca tanto la titularidad de los derechos como la legitimación para ejercitarlos.*" Lo que a efectos prácticos equivale a eliminar la distinción entre capacidad jurídica y capacidad de obrar. Distinción esencialmente de carácter doctrinal, que ya no era acogida en la redacción anterior del Código civil; y tampoco parece que su supresión venga exigida por el art. 12 de la Convención. Fue el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en sus conocidas Observaciones Generales de 19 de mayo de 2014 [4].la que la ha rechazado, y la que ha tenido en consideración el legislador para la redacción de la Ley. Es en este punto cuando surgen algunas incongruencias conceptuales, puesto que en esa misma observación se afirma que capacidad jurídica y capacidad mental son dos conceptos también diferentes y realiza una serie de argumentaciones, sin duda más que cuestionables, en contra de la utilización de la evaluación de la capacidad mental para valorar las posibles medidas de apoyo que una persona pueda requerir para ejercitar su capacidad jurídica en condiciones de igualdad. Uno de esos argumentos, pasa por considerar incorrecto el criterio basado en "*si la persona puede o no entender la naturaleza y las consecuencias de una decisión y/o en si puede utilizar o sopesar la información"*, porque supone "*discriminación de las personas con discapacidad",* y en cuestionar la validez del método psiquiátrico, porque "*presupone que es posible evaluar el funcionamiento exacto de la mente humana."*

En este sentido, consideramos muy conveniente recordar los criterios clásicos y generales de evaluación de la capacidad de toma de decisiones de Apelbaum y Roth [5]; estos 4 criterios constituyen la base de uno de los procedimientos clínicos de evaluación de la capacidad más sólidamente validado en el momento actual, el MacArthur Competence Assessment Tool, diseñado por Thomas Grisso y Paul S Appelbaum [6], y se incluyen en otros protocolos de evaluación oficiales [7] y en las legislaciones internaciones [8]:

1) **Capacidad de comprensión:** si la persona entiende la información que se le proporciona

2) **Capacidad de apreciación:** si interioriza adecuadamente la mencionada información en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias de las distintas alternativas.

3) **Razonamiento coherente:** si hace un uso

lógico de la información en el proceso de toma de decisiones.

4) **Expresión de una elección:** si al final logra tomar una decisión y comunicarla, de forma voluntaria y libre de coacciones externas.

Respecto al concepto de voluntad, la ley utiliza de forma indistinta el concepto con diferentes acepciones. Por una parte, distinguimos la Voluntad como sinónimo de deseo o preferencia; y por otra la voluntad como facultad psíquica. El hecho de no delimitar de forma precisa esas diferentes acepciones puede provocar ambigüedades y dificultades en la interpretación. Así el criterio de ausencia o insuficiencia de voluntad en el ejercicio de su capacidad jurídica, versaría sobre la facultad psíquica; sin embargo, el "respeto a la voluntad y preferencias o la imposibilidad de conocer su voluntad a pesar de haber unos esfuerzos considerables", haría referencia a la voluntad como sinónimo de deseos o preferencias.

La voluntad como facultad psíquica, tal y como define el psiquiatra JJ Carrasco [9,] debe entenderse como:

- Capacidad de poder autodeterminarse, de poder reflexionar o decidir, de elegir, de admitir o rechazar hace posible que una idea, un deseo, se transforme en acto voluntario.
- Capacidad para optar, de pasar al acto.
- Acto volitivo es aquel que surge como reacción a una decisión consciente, reflexiva y con sentido.

Por tanto, uno de los objetivos de la prueba pericial médico forense será determinar si existen déficits en las funciones mentales que afecten a su capacidad para tomar decisiones, es decir a su voluntad, puesto que la ausencia o insuficiencia de la voluntad del peritado será el criterio principal para la valoración de la necesidad de medidas de apoyo legales o judiciales; en el caso de que esta voluntad sea autónoma, plena y efectiva, cualquier medida de apoyo que pueda requerir el peritado/a tendrá un carácter informal, voluntario o no judicial.

3. OBJETIVOS.

El objetivo de este artículo es proponer una guía de actuación, principalmente dirigida a médicos forenses, pero susceptible de ser ampliada a trabajadores sociales forenses, para la prueba pericial forense sobre autonomía personal y medidas de apoyo, que permita su evaluación en aquellas áreas de la vida con relevancia jurídica y su adaptación a nivel práctico atendiendo a las necesidades y los recursos disponibles en los servicios forenses.

Teniendo en cuenta las controversias terminológicas y conceptuales que han surgido con el nuevo marco legal, con el fin de evitar ambigüedades y conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, desde una perspectiva "biopsicosocial", se propone como referencia el marco conceptual estandarizado y unificado de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS.

4. LA PRUEBA PERICIAL FORENSE.

4.1. ÁMBITO DE ACTUACIÓN DEL MEDICO FORENSE Y DEL TRABAJADOR SOCIAL FORENSE.

Función del médico forense en los procedimientos sobre capacidad jurídica: asesorar al Magistrado y/o Ministerio Fiscal sobre la autonomía personal y sobre las medidas de apoyo judiciales que pueda precisar para el adecuado ejercicio de su capacidad jurídica, en relación a los déficits en funciones y/o estructuras corporales y limitaciones en la actividad.

Para cumplir esta función asesora, la prueba pericial médico forense debe abordar las siguientes cuestiones:

1) Ausencia o insuficiencia de voluntad. Entendemos por voluntad la capacidad de poder autodeterminarse, de poder reflexionar o decidir, de elegir, de admitir o

rechazar, en definitiva, de hacer posible que una idea, un deseo, se transforme en acto voluntario. (J.J. Carrasco Gómez).

En la práctica, este apartado se corresponde con una evaluación de la capacidad para tomar decisiones, aplicando los criterios generales de Appelbaum y Roth.

2) Valorar si existen deficiencias en alguna función corporal (incluyendo las funciones psíquicas) y/o en alguna estructura corporal y cuantificarla.

3) Valorar si existen limitaciones en alguna actividad.

4) Recomendación, desde el punto de vista médico forense, sobre la orientación de la medida. Existen 3 posibles:

- Medidas voluntarias
- Curatela asistencial
- Curatela representativa

La función del trabajador social: asesorar al magistrado y/o ministerio fiscal sobre las medidas de apoyo judiciales que pueda precisar para el adecuado ejercicio de su capacidad jurídica, en relación a: factores contextuales y restricciones en la participación (es decir, la evaluación de su nivel de actividad en su contexto habitual, familiar, institucional, residencial..) En aquellos casos en los que se infiera que los factores contextuales y el grado de participación son determinantes en la evaluación, consideramos indicada la prueba pericial social forense. De igual forma, en aquellos casos en los que sea necesario descartar una posible influencia indebida, sería recomendable adaptar el caso a una metodología especifica mediante un abordaje integral médico forense y social forense, que permita informar no sólo sobre el estado de salud del peritado y su influencia en su nivel de funcionamiento sino también la relación o interacción *entre la persona que presta el apoyo y la que lo recibe, y si presenta señales de miedo, agresión, amenaza, engaño, manipulación con el fin de asesorar al ministerio fiscal y magistrados en relación a salvaguardas que puedan requerir y siempre respetando los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, incluido el derecho a asumir riesgos y a cometer errores.* Es en estos casos, en los que el abordaje multidisciplinar pericial cobra especial relevancia, en contraposición a valoraciones o dictámenes de organismos y/o profesionales ajenos a la administración de justicia.

4.2. METODOLOGÍA:

4.2.1. Revisión de la documentación aportada e historial clínico.

4.2.2. Entrevista: anamnesis y exploración psicopatológica.

4.2.2.1. Anamnesis: está especialmente indicado recoger y enfatizar cuales son las preferencias personales, si está de acuerdo con las medidas o si propone otras alternativas (medidas voluntarias). En aquellos casos en los que no se pueda obtener esta información, se debe completar esta información con los datos obtenidos en la entrevista de familiares o documentos de su historial clínico como el de instrucciones previas.

4.2.2.2. Exploración psicopatológica: Consciencia. Atención. Actitud. Higiene y aseo. Contacto. Atención y concentración. Memoria. Inteligencia. Psicomotricidad. Lenguaje. Humor. Afectividad. Pensamiento. Percepción. Ritmos biológicos. Capacidad de juicio crítico de la realidad. Insight.

4.2.2.3. Valorar específicamente: si su estado clínico permite conocer su voluntad, es decir, su

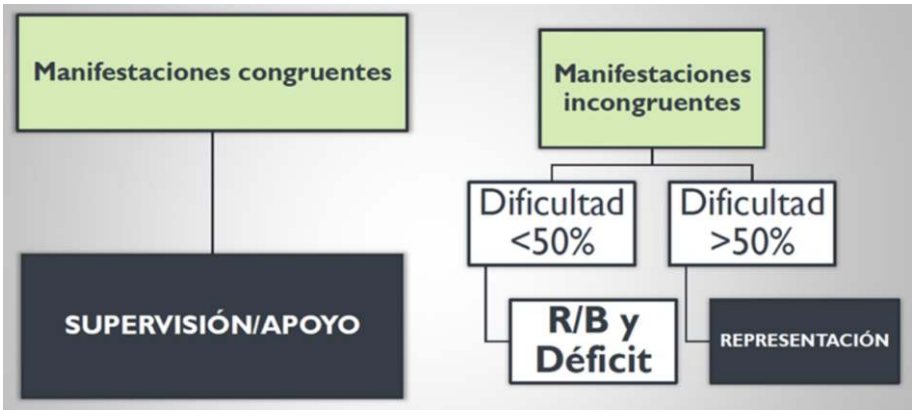
capacidad para expresar una elección (si/no); en caso afirmativo, debemos valorar si puede estar condicionada por su estado de salud, si está disminuida y en qué grado. Se deberá poner en relación con los resultados obtenidos en el siguiente apartado (actividad por área de funcionamiento y participación) con el fin de establecer la autonomía personal en la toma de decisiones. Se deberán descartar de forma específica las siguientes alteraciones psicopatológicas: actos impulsivos, ambivalencia, actos automáticos, negativismo, sugestionabilidad.

Para dicha evaluación se puede seguir el esquema las figuras 1, 2 y 3.

FIGURA 1: esquema para evaluación mental.

FIGURA 2: calificadores.

FIGURA 3: esquema para evaluación mental.



4.2.3. Evaluación del nivel de actividad por áreas de funcionamiento.

Esta parte de la entrevista, está dirigida a evaluar la aptitud del individuo para llevar a cabo actividades en diferentes áreas de la vida, en un contexto normalizado o estandarizado en el caso del médico forense, o bien en su contexto habitual, familiar o residencial, en el caso del trabajador social. Para dicha evaluación, se puede seguir el esquema que proporciona la CIF y que las divide en 9 dominios principales:

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento:

- Aprendizaje (copiar, repetir, adquisición de habilidades)
- Aplicación de los conocimientos aprendidos.
- Centrar la atención.
- Formular y manipular ideas.
- Cálculo.
- Lectoescritura.
- Resolver problemas simples.
- Resolver problemas complejos.
- Toma de decisiones.

2. Tareas y demandas generales:

- Llevar a cabo una única tarea simple.
- Llevar a cabo una tarea compleja.
- Múltiples tareas.
- Llevar a cabo rutinas diarias.
- Manejo de estrés y dificultades.

3. Comunicación

- Recepción y producción de mensajes.
- Conversación.
- Utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

4. Movilidad

- Movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar.
- Coger, mover o manipular objetos.
- Andar, correr o trepar (entorno habitual o lugares desconocidos)
- Medios de transporte.

5. Autocuidado

- Cuidado personal.
- Cuidar de la propia salud.

6. Vida doméstica

- Adquirir un lugar para vivir (incluye compra/alquiler vivienda, amueblarlo)

- Adquirir bienes y servicios (Seleccionar, obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria)

- Tareas del hogar:

- Preparar comidas

- Realizar los quehaceres de la casa.

7. Interacciones y relaciones interpersonales

- Interacciones y relaciones interpersonales

- Interacciones personales básicas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.

- Interacciones complejas.

- Relaciones sociales informales.

- Relaciones interpersonales particulares.

8. Áreas principales de la vida

TRABAJO Y EMPLEO

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

- Transacciones económicas básicas.

- Transacciones económicas complejas.

- Autosuficiencia económica.

9. Vida comunitaria, social y cívica

- Vida comunitaria.

- Tiempo libre y ocio.

- Vida política y ciudadanía.

4.2.4. Entrevista con familiares o personas vinculadas.

4.2.5. Pruebas complementarias: WHODAS 2.0. MEC. Test de reloj. etc

4.2.6. Interconsulta: red de salud mental, red asistencial de adicciones, servicios sociales.

5. DISCUSIÓN.

La valoración del funcionamiento y la discapacidad, desde un punto de vista biopsicosocial, requerirá en todos los casos una evaluación médica de la capacidad mental y una evaluación social de los factores contextuales. La valoración de la capacidad mental es una valoración médica. La valoración de los factores contextuales, es una valoración social. Estos factores sociofamiliares, en algunos casos, puede ser conocidos (informes sociales previos, entrevista familiares, etc) suficientes y no discordantes. Pero en otros casos pueden ser desconocidos, insuficientes o discordantes, o bien susceptibles de haber cambiado, en cuyo caso estaría indicada la valoración pericial social.

Para conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, es necesario realizar un abordaje médico y social, es decir, mantener el enfoque “biopsicosocial”. Y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

Sería conveniente evaluar los recursos actuales en cuanto a la dotación de personal cualificado en los ámbitos social y médico en los IML, realizar los cambios organizativos que fuesen necesarios, para lograr una adecuación al nuevo marco legal , y a los cambios procedimentales derivados, de forma válida, eficaz y con el rigor científico necesario para cumplir nuestra función asesora como peritos oficiales de la administración de justicia.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Available from: https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con

2. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo facultativo. Available from: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

4. Observación general Nº 1 (2014). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 11º período de sesiones 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Available from: http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf

5. APPELBAUM, P. S., ROTH, L. H., «Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview». Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39, pp. 951-8

6. ALVAREZ MARRODÁN I, et al. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2013. http://dx.doi.org/10.1016/ j.medcli.2013.07.029

7. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. Available from: https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf

8. Mental Capacity Act 2005. Available from: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/section/3

9. CARRASCO GÓMEZ, JJ; MAZA MARTÍN, JM. Tratado de psiquiatría legal y forense. Editorial La Ley. 2010

ANEXO.

INFORME MÉDICO FORENSE.

1. Objeto de la prueba pericial.

2. Metodología.

3. Antecedentes:
   - personales;
   - sociofamiliares;
   - médicos;
   - psiquiátricos;
   - toxicológicos.

4. Reconocimiento médico forense:

4.1. Valoración de FUNCIONES PSICOFÍSICAS, ESTRUCTURAS CORPORALES Y DEFICIENCIAS:

a. Exploración psicopatológica
b. Pruebas complementarias realizadas: MEC (Lobo et al.), Barthel, WHODAS 2.0., Eurotest, GIF, etc

4.2. Valoración de ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

5. Consideraciones médico forenses

5.1. Evaluación de su estado de salud desde la perspectiva del funcionamiento y discapacidad: si existen déficit de funciones corporales (especialmente las mentales), describirlos y cuantificarlos.
Don/doña_____ presenta un estado de salud caracterizado por____/ presenta los siguientes antecedentes patológicos____/ está diagnosticada de___/ presenta una patobiografía y exploración compatible con_____
A nivel del funcionamiento global se ha objetivado principalmente una disminución/déficit en funciones _____(mentales globales, específicas, cognitivas, cognitivas superiores, de la percepción, etc), lo cual afecta a _____ (conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, ….)

5.2. Si el peritado/a puede manifestar su voluntad, es decir, si tiene capacidad para expresar una elección. En caso afirmativo, debemos valorar está condicionada por su estado de salud, si está disminuida y en qué grado; también se deberá poner en relación con los resultados obtenidos en el siguiente apartado (actividad por área de funcionamiento y participación) con el fin de establecer la autonomía personal en la toma de decisiones para cada dominio.
Su estado de salud no le impide manifestar sus deseos y preferencias (voluntad), pero ésta se encuentra condicionada por las patologías que presenta, provocando un déficit (ligero/moderado/grave/completo) en su capacidad de racionalización y apreciación de la situación, en lo referente a su estado de salud y sus factores contextuales.

5.3. Evaluación de actividades y participación.

5.4. Indicación de curatela: cuando tenga afectada su capacidad para comunicar o expresar una elección (manifestar su voluntad) ; cuando estando conservada su capacidad para comunicar una elección, tenga afectada su capacidad de apreciación y razonamiento lógico (voluntad ausente o insuficiente)

5.5. Intensidad de la medida: será REPRESENTATIVA cuando sea posible conocer la voluntad, o bien, cuando esto sea posible, pero sus manifestaciones estén condicionadas con su estado de salud en grado GRAVE O COMPLETO. En los casos en los que sólo afecte ligera o moderadamente su voluntad, se deberá valorar la necesidad de la medida en función del riesgo beneficio y aplicar criterios de proporcionalidad (por ejemplo, una persona puede requerir representación para toma de decisiones económicas complejas y supervisión y apoyo para cuestiones económicas sencillas)

6. Conclusiones médico forenses

EL TRABAJO SOCIAL EN LOS JUZGADOS ANTE LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA.

SOCIAL WORK IN COURTS IN THE FACE OF CHANGES LEGISLATIVE REGARD TO DISABILITY. LAW 8/2021, OF 2 OF JUNE, BY WHICH THE CIVIL AND PROCEDURAL LEGISLATION IS REFORMED FOR THE SUPPORT OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN EXERCISE OF ITS LEGAL CAPACITY.

ORTEGA TORRES R.[1]

RESUMEN.
El 3 de septiembre entró en vigor la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Esta ley ha supuesto el mayor cambio legislativo desde la Constitución Española de 1978, a la vez que un cambio de paradigma respecto a la Discapacidad, en el que las personas con discapacidad ejercerán sus derechos en condiciones de igualdad disponiendo de los apoyos necesarios para ello. Porque la discapacidad está no solo en las personas sino también en el entorno donde se desenvuelven. Pretende este artículo realizar un trabajo de reflexión sobre la magnitud del cambio legislativo y la percepción del Trabajo Social que desde el ámbito judicial, propone la Ley. Se presenta una propuesta sobre la manera de abordar la discapacidad desde el modelo social de derechos humanos que proclama la Convención. Es en esta nueva mirada, una mirada social de la Discapacidad, donde el Trabajo Social tiene un reto ante sí. Hasta la entrada en vigor de esta Ley, los informes sociales periciales eran una prueba más en el proceso judicial, que solicitaba el Tribunal si consideraba la necesidad de adquirir conocimientos técnicos, para valorar hechos relevantes en el asunto a tratar, no teniendo entonces, carácter preceptivo. Con la aplicación de la ley 8/2021 de 2 de junio, la presentación de los informes sociales es imprescindible para iniciar el procedimiento de provisión de apoyos y preceptiva, en primera y segunda instancia, para emitir una resolución judicial de provisión de apoyos a personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Ley 8/2021 de 2 de junio, Personas con discapacidad, Discapacidad, Apoyos, Derechos, Trabajo Social, informe social.

ABSTRACT.
On September 3, Law 8/2021, of June 2, came into force, reforming civil and procedural legislation to support people with disabilities in the exercise of their legal capacity. This law has meant the greatest legislative change since the Spanish Constitution of 1978, as well as a paradigm shift regarding Disability, in which people with disabilities will exercise their rights in equal conditions, having the necessary support for it. Because disability is not only in people but also in the environment where they live. This article intends to carry out a work of reflection on the magnitude of the legislative change and the perception of Social Work that, from the judicial field, proposes the Law. A proposal is presented on how to approach disability from the social model of human rights that it proclaims Convention. It is in this new view, a social view of Disability, where Social Work has a challenge before it. Until the entry into force of this Law, the expert social reports were one more piece of evidence in the judicial process, which the Court requested if it considered the need to acquire technical knowledge, to assess relevant facts in the matter to be dealt with, not having then, character mandatory. With the application of Law 8/2021 of June 2, the presentation of social reports is essential to start the procedure for the provision of support and mandatory, in the first and second instance, to issue a judicial resolution for the provision of support to people disabled.

KEY WORDS: Law 8/2021 of June 2, People with disabilities, Disability, Support, Rights, Social Work, social report.

CONTACTO: Raquel Ortega Torres. Calle Ventura Rodríguez nº 7, 2ª. CP 28008 Madrid. Email: raquel.ortega@madrid.org. Teléfono: 91 443 85 70

1 Trabajadora Social. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid.

1. JUSTIFICACIÓN.

El 3 de septiembre de 2021 entró en vigor la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, publicada en el Boletín Oficial del Estado el 2 de junio de 2021, después de un periodo de *vacatio legis* de tres meses, tal y como recoge la disposición final tercera de la Ley.

Se trata de la adaptación del ordenamiento jurídico español a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, celebrada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España el 21 de abril de 2008. Un primer paso para la aplicación de esta norma, fue la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Han pasado diez años, desde entonces, para adaptar las leyes españolas a la Convención.

Nos encontramos con una Ley en la que se ordenan importantes modificaciones en los procedimientos judiciales, en la terminología, en la manera de atender y dar respuesta a las solicitudes de apoyo de las personas con discapacidad, pero que nace sin acompañamiento presupuestario. Una Ley que recoge en su articulado, entre otras, la colaboración entre la Administración de Justicia y las Entidades del Tercer Sector de Acción Social, así como la obligación de facilitar la Formación a los agentes jurídicos en medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica, y sin embargo no se ha realizado una valoración previa de los recursos necesarios, tanto en la Administración de Justicia como en las Entidades del Tercer Sector de Acción social, y de la dotación económica para llevar a cabo lo planteado en la propia Ley.

Resulta evidente que esta es una Ley que acaba de iniciar su andadura y que tendrá que recorrer espacios y tiempo para que se puedan valorar las consecuencias y/o resultado de su aplicación.

Asume esta Ley, tal y como se recoge en el texto de la Convención, que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y las diversas barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

Propone un modelo social que configura la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social. La discapacidad podría definirse como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive; su entorno social (relaciones personales, modelo de educación, modelo de familia, amistades, apoyo del entorno vecinal, barrio, situación económica….)

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones; unas provienen de las circunstancias personales y muchas de la cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, la situación requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Definida la discapacidad desde un modelo fundamentalmente social, la Convención de Nueva York, en su artículo 12 indica: "*Igual reconocimiento como persona ante la ley de las personas con discapacidad.*

1.- Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2.- Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3.- Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que

puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4.- *Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.*

Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria."

No se trata pues de distinguir, como se venía haciendo hasta la entrada en vigor de la Ley 8/2021, entre la capacidad jurídica, que es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y la legitimación para ejercitarlos, que no admite grados, se alcanza con el nacimiento y no se pierde ni se modifica, y la capacidad de obrar que sería la aptitud o idoneidad para realizar actos con eficacia jurídica (capacidad para adquirir bienes, ejercer derechos y asumir obligaciones) y que en España se alcanzaba con la mayoría de edad a los 18 años. En la nueva norma solo se reconoce una única capacidad, la jurídica, que tienen todas las personas.

La nueva regulación sienta las bases de un nuevo sistema legislativo, en el que el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad cruza transversalmente todas las modificaciones de la legislación civil y procesal. Se trata de atender tanto los asuntos patrimoniales como los personales entre los que destacaría los relativos a decisiones sobre asuntos de la vida ordinaria de la persona con discapacidad.

Nos dice la Ley que el proceso de provisión de apoyos ha de orientarse hacia un sistema de colaboración entre diferentes disciplinas y profesionales especializados de los ámbitos social, sanitario y otros profesionales que puedan aportar sus conocimientos para aconsejar las medidas de apoyo más idóneas para cada persona. Hablaríamos de una "mesa redonda" donde se confeccionaría un "traje a medida" para la persona con necesidad de apoyos.

En este texto legal se regulan las pruebas que preceptivamente deben realizarse en estos procesos judiciales. Dentro de esas pruebas estaría, como novedad respecto a la anterior legislación, el dictamen pericial del ámbito de lo social, recogido en la modificación del artículo 759 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Asimismo, en el artículo 42 bis B) de la Ley de la Jurisdicción Voluntaria, sobre procedimiento, se indica que, la solicitud de provisión de medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad se acompañará de un dictamen pericial de profesionales especializados del ámbito de lo social y sanitario. También recoge este artículo que la autoridad judicial antes de la comparecencia podrá ordenar un dictamen pericial, cuando lo estime necesario según las circunstancias del caso.

El enfoque social de la discapacidad que propone este texto legal nada tiene que ver con el modelo anterior en el que predominaba el concepto médico-biológico, por lo que, a la hora de tomar medidas judiciales de protección, entonces, de apoyo, ahora, se valoraba fundamentalmente la enfermedad y su

cronicidad, y cómo la enfermedad afectaba a la capacidad de la persona para tomar decisiones y por lo tanto ejercer derechos. La discapacidad, como indica la OMS (Organización Mundial de la Salud), ha de entenderse como el resultado de la interacción dinámica entre la persona con un problema de salud y factores personales y ambientales. Por lo tanto no se trata de valorar la situación de una persona solo desde uno de estos ámbitos, sino en su conjunto. En este sentido, el modelo biopsicosocial sobre la discapacidad permite una visión coherente de las distintas dimensiones de la persona; somos organismos que nos relacionamos con otros en un entorno social. Por lo que dos personas con un diagnóstico médico similar, según su actitud hacia dicho diagnóstico y la actitud de su entorno social hacia su persona, podrán necesitar de más o menos apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica.

Por lo tanto, el Trabajo Social adquiere una importancia sin precedentes, tanto en la elaboración de ese "traje a medida", como en la participación preceptiva en esa "mesa redonda de profesionales" de los que habla la Ley. Resulta necesario, por lo tanto, configurar un procedimiento de intervención y unificar criterios para elaborar dictámenes útiles para Jueces y Fiscales, que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. LA LEY 8/2021, DE 2 DE JUNIO POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA Y EL TRABAJO SOCIAL.

2.1.1. Objeto.

Esta Ley tiene por objeto la adaptación de la legislación española a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, celebrada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por el Estado español en el año 2008. Supone una modificación integral del ordenamiento jurídico español, el mayor cambio desde la Constitución española de 1978.

2.1.2. Estructura.

La Ley la componen un preámbulo, ocho artículos, dos disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

Se han modificado:

- La Ley del Notariado.
- El Código Civil.
- La Ley Hipotecaria.
- La Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil.
- La Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad.
- La Ley 20/2011, de 21 de julio, de Registro Civil.
- La Ley 15/2015, de 2 de julio de Jurisdicción Voluntaria.
- El Código de Comercio.
- El Código Penal.

2.1.3. Modificaciones.

La Ley introduce cambios en la denominación del procedimiento judicial, que pasa a llamarse expediente de provisión de medidas judiciales de carácter estable de apoyo a personas con discapacidad.

Desaparecen la incapacitación, la tutela para personas con discapacidad (solo se mantiene en menores de edad), la patria potestad rehabilitada o prorrogada y la prodigalidad.

Se pasa de un sistema principalmente de sustitución en la toma de las decisiones que afectan a los derechos e intereses de las personas, a un sistema de apoyos, basado en el respeto a la voluntad y preferencias de la persona que será la encargada de tomar sus propias decisiones, salvo en casos extraordinarios y solo se establecerá la representación para algunos actos concretos. En la configuración de esos apoyos se atenderá tanto a los aspectos personales como a los patrimoniales.

La Ley exige que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias que impidan los abusos, además éstas asegurarán que las medidas respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad, que no haya un conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de las personas, que se apliquen en un plazo corto y estén sujetas a exámenes periódicos por parte de la autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial.

Introduce la Ley el concepto de Apoyo, que engloba todo tipo de actuaciones; el acompañamiento amistoso, la ayuda técnica en la comunicación de declaraciones de voluntad, la ruptura de barreras arquitectónicas y de todo tipo, el consejo, la toma de decisiones delegadas por la persona con discapacidad. Y solo en situaciones donde el apoyo no pueda darse de otro modo, pueda concretarse en la representación en la toma de decisiones.

2.1.4. Medidas de Apoyo.

Ante la necesidad de implementar apoyos, nace el concepto de Medidas de Apoyo, que serían aquellas que asistirían a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en las circunstancias en las que precisaran de las mismas. En la Ley se define como un sistema de apoyos individualizado, consistente en los recursos y estrategias que promuevan el bienestar de las personas con discapacidad, para favorecer su independencia, su participación e integración en la sociedad en igualdad de condiciones.

Las medidas de apoyo podrán ser de dos tipos: voluntarias y judiciales, si bien a la hora de concretar los apoyos, la nueva regulación otorga preferencia a las medidas voluntarias, esto es las que puede tomar la propia persona. Cuando la persona carezca de voluntad o no tenga la suficiente como para tomar decisiones o no pueda manifestar dicha voluntad, se procederá a tomar medidas judiciales de apoyo. La Ley establece que las medidas de apoyo judiciales serán fundamentalmente de carácter asistencial y solo cuando la persona no pueda expresar sus deseos y preferencias las medidas de apoyo podrán ser representativas.

MEDIDAS VOLUNTARIAS.

- Poderes y mandatos preventivos.
- Autocuratela.
- Instrucciones previas.

Se deberán inscribir en el Registro Civil (Notario). Tienen prioridad ante las medidas judiciales.

MEDIDAS NO VOLUNTARIAS/ JUDICIALES.

- Guarda de Hecho.
- Curatela (representativa/asistencial).
- Defensa judicial.

Se deberán inscribir en el Registro Civil.

2.1.5. Procedimiento de provisión de medidas judiciales de carácter estable de apoyo a personas con discapacidad.

Las solicitudes de provisión de apoyos judiciales se tramitarán mediante un expediente de JURISDICCIÓN VOLUNTARIA. Con la participación de la propia persona, facilitándole que pueda expresar sus preferencias e interviniendo activamente en el procedimiento. Si la persona con discapacidad no está de acuerdo y se OPONOE al proceso judicial, éste puede transformarse en CONTRADICTORIO.

La solicitud en JURISDICCIÓN VOLUNTARIA debe presentarse con representación letrada y acompañarse de DICTAMEN PERICIAL del ámbito social y sanitario (sistema de colaboración interprofesional) donde se aconsejarán las medidas de apoyo que resulten adecuadas en cada caso. Se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores. En todas las fases del procedimiento y antes de proponer medidas, se ha de escuchar a la persona con discapacidad.

En los procedimientos de Jurisdicción Voluntaria y en los procesos Contradictorios (verbal ordinario) el/la juez dictará una RESOLUCIÓN, donde se determinen los actos para los que la persona con discapacidad requiera apoyos, los apoyos que necesite la persona con discapacidad, la figura que preste esos apoyos y la revisión de los mismos. Las medidas de apoyo adoptadas judicialmente serán revisadas periódicamente en un plazo máximo de tres años y excepcionalmente en un plazo de seis años. En todo caso y en cualquier momento, tanto el/la Juez como el/la Fiscal revisar las medidas aprobadas y el ejercicio de la/s persona/s o Institución que preste esos apoyos.

2.1.6. El trabajo social en la ley 8/2021, de 2 de junio.

Respecto a cómo recoge la Ley la intervención de las/los Trabajadoras/es Sociales, cabe decir que esta Ley, a pesar de ser un hito y suponer el mayor cambio legislativo desde 1978 (Constitución Española), incluidos importantes cambios en la terminología, no ha previsto incluir una definición concreta y consensuada de cada uno de los términos que hubiera facilitado la adaptación y aplicación de determinadas modificaciones de las normas.

Teniendo en cuenta la posible ambigüedad de algunos términos y conceptos incluidos en la nueva normativa, sí parece estar mínimamente claro que cuando se habla del ámbito de lo social, se hace referencia a la labor y el lugar donde desempeña sus funciones el Trabajo Social.

Concretando en el articulado, la intervención de los/as trabajadores/as sociales en los Juzgados y Fiscalías de Discapacidad, se recoge en la modificación de dos artículos; uno en la Ley de Jurisdicción Voluntaria en su artículo 42 bis B) Procedimiento: "*a la solicitud de medidas se acompañarán los documentos que acrediten la necesidad de la adopción de medidas de apoyo, así como un DICTAMEN PERICIAL de los profesionales especializados de los ámbitos SOCIAL y sanitario, que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso. Asimismo se propondrán aquellas pruebas que se considere necesario practicar en la comparecencia". "La autoridad judicial antes de la comparecencia podrá recabar informe de la entidad pública que, en el respectivo territorio, tenga encomendada la función de promoción de la autonomía y asistencia a las personas con discapacidad, o de una entidad de Tercer Sector de acción social debidamente habilitada como colaboradora de la Administración de Justicia. La entidad informará sobre eventuales alternativas de apoyo y sobre las posibilidades de prestarlo sin requerir la adopción de medida de apoyo por la Autoridad judicial"*.

El segundo artículo modificado, donde se recoge la intervención del Trabajo Social, sería el 759- 1, 3º y 4 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Pruebas preceptivas en primera y segunda instancia.

"1. En los procesos sobre adopción de medidas de apoyo a las que se refiere este Capítulo, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el Tribunal practicará las siguientes:

- 3º Acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda, no pudiendo decidirse sobre las medidas que deben adoptarse sin previo dictamen pericial acordado por el Tribunal. Para dicho dictamen preceptivo se contará en todo caso con profesionales especializados de los ámbitos social y sanitario, y podrá contarse también con otros profesionales especializados que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso.

4. Si la sentencia que decida sobre las medidas de apoyo fuere apelada, se ordenará también de oficio en la segunda instancia la práctica de las pruebas preceptivas a que se refieren los apartados anteriores de este artículo".

Llama la atención, que a pesar de ser el dictamen pericial del ámbito de lo social, una prueba preceptiva, la Ley no concreta los profesionales que emitirán dicho dictamen pericial y si han de tener la consideración de peritos o testigos-peritos. Cierto es que la disciplina del Trabajo Social es la que más puede aportar a la propuesta de provisión de medidas de apoyo para las personas con discapacidad y son los/las trabajadores/as sociales quienes conocen de las relaciones de las personas con el entorno.

2.2. EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO JUDICIAL. JUZGADOS DE DISCAPACIDAD DE MADRID.

Según la definición global recogida de la Federación Internacional de Trabajo Social. FITS (IFSW) y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. IASSW, "*El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar*".

La profesión del Trabajo Social aporta en el ámbito judicial una evaluación social sobre la realidad a analizar, propone intervenciones encaminadas al cambio y superación de los problemas sociales y a la vez promueve la defensa de los Derechos Humanos y contribuye en el ejercicio de la justicia. Para ello las/os Trabajadoras/es sociales evalúan los factores socio familiares y la relación de las personas entre sí y con su entorno, para posteriormente formular un diagnóstico social y una propuesta técnica que se recoge en un informe social pericial. Pero también desempeñan otras competencias profesionales como son: la atención, información, orientación y seguimiento de casos. Además, la/el profesional del trabajo social forense puede desarrollar tareas de docencia e investigación, aportando conocimientos teórico-prácticos y científicos de las nuevas realidades como consecuencia de los cambios sociales.

Esta Ley da una especial importancia a la valoración social, mediante informe preceptivo y abre un campo al trabajo social, al ser esta disciplina la que trabaja en primera línea con las personas con discapacidad y la que tiene un conocimiento teórico-práctico de la realidad cotidiana de las personas y su entorno familiar y social.

Los/as trabajadores/as sociales se incorporaron a la administración de justicia en diciembre de 1983, cuando entra en vigor la Ley 30/1981 de 7 de julio, llamada comúnmente Ley de Divorcio.

La actuación del/la trabajador/a social se enmarca en la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en el Código Civil y en el Código Penal.

Según la LEC: "*Cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en un asunto o adquirir certezas sobre ellos, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de peritos o solicitar en los casos previstos en la ley que se emita dictamen por perito designado por el tribunal*". También recoge la LEC "*que los peritos deberán poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste*."

En Madrid capital, hasta el año 1988 cualquier juzgado de 1ª instancia podía encargarse de los procedimientos llamados de incapacitación. A iniciativa de la Junta de Jueces de primera instancia de Madrid, y mediante acuerdo de fecha 22 de diciembre de 1988 por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), se atribuyó al juzgado de 1ª instancia nº 30 de Madrid el apelativo de juzgado de tutelas, ocupándose de esta materia. En el mes de marzo de 1989 se crea la especialidad de los juzgados de 1ª instancia. En 1992 se crea un segundo juzgado, el nº 65. En el año 2005 el juzgado de 1ª instancia nº 78 y en 2008 los juzgados de 1ª instancia números 94 y 95.

En noviembre de 2003 se creó el primer Equipo Técnico para atender la demanda de los juzgados de primera instancia números 30 y 65 que eran los responsables de los procesos denominados entonces, de incapacidad, tutela e internamientos y de la Fiscalía de "Incapacidades". Este Equipo estaba compuesto por trabajadora social y psicóloga. En 2005, debido al elevado número de solicitudes de intervenciones que pesaba sobre este único Equipo, y ante la creación de un tercer juzgado especializado, se dota de un segundo Equipo Técnico Judicial, a la vez que se crea la figura del/a trabajador/a social en la Sección de Incapacidades y Tutelas de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid (en la actualidad trabajan dos profesionales del Trabajo Social).

En el mes de Diciembre de 2008 y tras la creación de dos nuevos juzgados especializados se procedió a la contratación de dos nuevos equipos técnicos.

En la actualidad existen cuatro Equipos Técnicos compuestos por cuatro trabajadoras sociales y cuatro psicólogas, que atienen las solicitudes de los cinco juzgados especializados de Madrid, estando adscritos desde 2021 al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid.

La intervención del/la trabajador/a social forense en los Juzgados especializados en Discapacidad es siempre demandada de oficio por requerimiento del Juzgado de 1ª Instancia.

3. OBJETIVOS.

Pretende este artículo presentar un modelo de informe social pericial, dirigido a trabajadoras/es sociales que desempeñen su labor en la Administración de Justicia, con el objeto de mostrar una propuesta que facilite la valoración del tipo de apoyos adecuados para cada persona con discapacidad, que quedarán reflejados en un informe pericial.

Teniendo en cuenta la ambigüedad de la Ley, respecto a qué consideración ha de tener el profesional del ámbito de lo social que realice el dictamen pericial, tanto en las actuaciones preprocesales, como en el procedimiento judicial de provisión de apoyos, se considerará que los informes tendrán carácter pericial, pudiendo ser elaborados por un perito o, en su caso por un testigo-perito. La diferencia entre uno y otro fundamentalmente es que un perito antes de realizar el dictamen pericial no tiene conocimiento de los hechos discutidos en el juicio. Mientras que el testigo-perito posee un conocimiento directo de los hechos discutidos en el juicio, por haberlos presenciado o estar interviniendo en ellos.

Los conocimientos aportados por los peritos tienen el valor de una prueba pericial. Sin embargo los conocimientos técnicos aportados

por el testigo- perito tienen el valor probatorio que se concede a la prueba testifical (art. 376 LEC).

4. EL TRABAJO SOCIAL Y LA PRUEBA PERICIAL FORENSE.

4.1. LAS FUNCIONES DEL/A TRABAJADOR/A SOCIAL FORENSE EN LOS JUZGADOS DE DISCAPACIDAD.

El/la trabajador/a social forense tiene como función informar y asesorar tanto a jueces como a fiscales sobre la materia que se dirime en un procedimiento legal, quedando esta información reflejada en el informe social pericial.

La solicitud de intervención de las/os trabajadoras/es sociales puede realizarla el propio juez, el fiscal o las partes personadas. La intervención del/la trabajador/a social, es siempre demandada de oficio por requerimiento del juzgado de 1ª instancia que conozca el expediente y por la fiscalía de discapacidad en la fase preprocesal.

Tras la entrada en vigor de la ley 8/2021 de 2 de junio, la intervención (informe social) de las/os trabajadoras/es sociales, también se enmarca en las actuaciones preprocesales (antes de iniciar el procedimiento judicial), ya que es preceptivo para iniciar el procedimientos de provisión de apoyos, en jurisdicción voluntaria, adjuntar a la solicitud informe del ámbito social y del ámbito sanitario. En este caso, el informe social lo solicitará la persona que inicie el procedimiento.

Las Trabajadoras/es sociales forenses realizan un informe social pericial que se presenta por escrito, siendo el objeto del mismo, dar respuesta a lo solicitado expresamente por el órgano judicial o el Ministerio Fiscal, con carácter previo a la resolución o auto judicial, o en el caso del Ministerio Fiscal previo a la solicitud de provisión de apoyos. En esta solicitud puede interesar la valoración específica de uno o varios aspectos; condiciones de vida y situación personal de la persona con discapacidad y las necesidades de medidas de apoyo, o bien un estudio forense amplio del caso, donde se valorará la idoneidad de las personas propuestas para prestar los apoyos a la persona con discapacidad. Es en esta valoración de la idoneidad de una persona o entidad para prestar apoyo a la persona con discapacidad, donde es fundamental analizar y descartar los posibles conflictos de intereses y la influencia indebida, adquiriendo especial importancia el abordaje de la valoración desde una perspectiva multidisciplinar (trabajador/a social, médico, psicólogo).

Del mismo modo, también es objeto de informe la propuesta de un régimen de visitas entre la persona con discapacidad y sus familiares, así como también la idoneidad del ingreso involuntario de la persona con discapacidad, y en su caso alternativas.

Después de dictada la resolución judicial, si así lo solicita el órgano judicial, también es una de las funciones de las/os trabajadoras/es sociales llevar a cabo un seguimiento del caso para poder valorar la evolución y el cumplimiento de la medida adoptada. Así como también asesorar al Juez en las revisiones de medidas.

En resumen, el Informe pericial del/la Trabajador/a Social enmarcado en estos procedimientos, se centrará en la valoración de la persona con discapacidad, determinando los distintos grados de autonomía y de aptitud que presenta. Igualmente se valorará la situación familiar, sus recursos, su nivel de comprensión, etc. Se evaluarán las relaciones familiares, la situación actual y condiciones de vida de la persona con discapacidad, las habilidades sociales, lugar de residencia y/o cambios del mismo, régimen de visitas con familiares. Asimismo, se valoraran las medidas que deben adoptarse con la persona con discapacidad. En los procedimientos de PROVISIÓN DE APOYOS el informe pericial ha de valorar además, la idoneidad de las personas propuestas para el cargo de curador.

La intervención del/la trabajador/a social en los juzgados de discapacidad se realiza en los diferentes procedimientos asociados a la misma; procedimientos de adopción de medidas de apoyo en jurisdicción voluntaria, procedimientos de adopción de medidas de apoyo en procesos contradictorios, medidas cautelares, revisión de medidas de apoyo e internamientos involuntarios (psiquiátrico-geriátrico).

4.2. EL INFORME SOCIAL PERICIAL.

Previo a presentar el modelo de informe social pericial que se propone en este artículo, es necesario exponer la definición de informe social y tener en cuenta cuestiones previas a la elaboración de los informes.

Definición de informe social: según el consejo general del trabajo social, es la síntesis explicativa en relación con una situación concreta, que emite el/la trabajador/a social como resultado de un estudio y valoración, para la obtención de unos objetivos determinados.

Según el código deontológico del trabajo social: el informe social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental y que elabora y firma con carácter exclusivo el/la trabajador/a social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis: la situación objeto, la valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

El informe social forense, se basa en un proceso de intervención que se desarrolla por un profesional especializado y titulado; un Trabajador Social. Cabe destacar que este informe se elabora como un medio de prueba legal en un procedimiento judicial. Es un medio de prueba indirecto para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o para adquirir certeza sobre los mismos. El perito informa aportando máximas, conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, que el juez o tribunal desconocen.

El informe social es un elemento básico del/la trabajador/a social en el ámbito judicial, donde se describe, analiza e interpreta la información obtenida tras la investigación realizada, dando respuesta al objeto de la pericial solicitada por el Fiscal, Juez/Magistrado.

La información ha de ser expuesta de forma clara, concisa, limitada y objetiva. Ha de ser imparcial, y tiene que dar respuesta a la demanda objeto de la pericial. Es confidencial y dirigida únicamente al Juez o al Fiscal.

4.2.1. Cualidades técnicas del informe social en el ámbito judicial.

a) Fiabilidad de los datos: Contrastar la información, que ha de estar debidamente acreditada (documentos), reflejando la metodología, las fuentes y las técnicas e instrumentos utilizados.

b) Precisión terminológica: Decir solo lo que se considera relevante por respeto a la persona. Una redacción concisa sin párrafos largos, que fatigan al receptor del informe y dificultan su comprensión. Apoyarnos en una base de conocimiento, sustentado en una investigación social, de una manera objetiva e imparcial.

c) Claridad y simplicidad expositiva. Realizar una selección cuidadosa de palabras y construir frases huyendo de subordinadas. Mantener, si es posible, la estructura de sujeto-verbo-predicado.

d) Utilidad. Cuando se está redactando un informe, hay que tener siempre en cuenta cuál es el objetivo/objeto del informe y no incluir información no relevante, aunque sea interesante, dando respuesta a lo solicitado.

e) Relevancia. Los informes sociales periciales en el ámbito de la discapacidad son vinculantes. Son confidenciales y están dirigidos al Juez o Fiscal.

El modelo de informe social pericial que se presenta a continuación en el ANEXO está en fase experimental y se viene utilizando desde la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio.

5. CONCLUSIONES.

Estamos ante un importante desafío; la aplicación de una Ley que viene a remover y transformar, no solo la legislación española, sino la perspectiva desde la que las personas nos miramos en "la diferencia". Una perspectiva fundamentalmente social, donde los apoyos serán fundamentales para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones.

El Trabajo Social forense gracias a esta Ley 8/2021 adquiere una importancia hasta ahora no reconocida, a la hora de proveer de apoyos, tanto judicialmente, como extrajudicialmente, a las personas con discapacidad que los necesiten. Se pone en valor la profesión, considerando que los/as trabajadores/as sociales, somos los profesionales llamados a atender las cuestiones de provisión de apoyos para las personas con discapacidad, al ser los/as profesionales que mejor conocen las circunstancias de las personas y sus familias.

Para el establecimiento de medidas de apoyo judiciales, tanto Jueces como Fiscales precisan del asesoramiento por los profesionales del Trabajo Social, al ser estas/os quienes cuentan con los conocimientos técnicos para valorar la situación en que se encuentra la persona con discapacidad, cómo se desarrolla su vida ordinaria y en qué medida puede cuidarse por sí misma o necesita alguna ayuda; si puede actuar por sí misma o si precisa que alguien lo haga por ella, para algunas facetas de la vida o para todas, hasta qué punto está en condiciones de decidir sobre sus intereses personales o patrimoniales, o precisa de un complemento o de una representación, para todas o para determinados actuaciones. Para resolver los procedimientos, es necesario que el Juzgado que deba decidir, adquiera una convicción clara de cuál es la situación de esa persona, cómo se desarrolla su vida ordinaria, qué necesidades tiene, cuáles son sus intereses personales y patrimoniales, y en qué medida precisa un apoyo. O lo que es lo mismo un diagnóstico sobre la situación socio-cultural, económica, educativa y familiar, en términos de evaluación de las dificultades y potencialidades (diagnóstico social).

En estos procesos han de participar y/o intervenir los profesionales que mejor conozcan a la persona, porque hay matices importantes. Dos personas pueden tener el mismo diagnóstico médico o grado de discapacidad o dependencia y desenvolverse de forma muy distinta en su día a día. Y solo conociendo de cerca sus circunstancias y sus fortalezas se pueden prestar los apoyos que necesitan.

Por eso, en mi opinión no podemos dejar de trabajar médicos, psicólogos y trabajadoras sociales en esa mesa multidisciplinar donde se tengan en cuenta también las valoraciones de profesionales de entidades del Tercer Sector de la acción social. Sin olvidar que los organismos públicos han de revisar las propuestas de las entidades para evitar posibles “desviaciones” o abusos.

Esta es una Ley que, a pesar de suponer un cambio de paradigma, en el que las personas con discapacidad ejercerán sus derechos en condiciones de igualdad disponiendo de los apoyos necesarios para ello, no viene acompañada por un informe económico y por lo tanto entra en vigor sin una dotación presupuestaria que posibilite su pleno y adecuado desarrollo. Además de los problemas presupuestarios, que no es tema menor, resulta una contrariedad de gran importancia la propia interpretación de cuestiones procedimentales y periciales de la propia ley por parte de los operadores jurídicos. Por lo que se hace necesario trabajar en la elaboración de criterios comunes, en este caso en Trabajo Social, que faciliten la evaluación en aquellas áreas objeto de la disciplina.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1.- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Available from: https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con

2.- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html

3.- CUBERO GARCÍA MARTA Y NOVILLO GARCÍA, BELÉN. INFORME SOCIAL. VALORACIÓN DE APOYOS. Ed. Colegio oficial de Trabajo Social de Madrid. 2021.

4.- SERRANO RUIZ CALDERÓN, MANUEL. TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA. Ed. Tirant Humanidades. 2020.

5.- MATEOS DE LA CALLE, MARÍA JEZABEL, PONCE DE LEÓN ROMERO, LAURA; "*El Trabajo Social en el ámbito judicial*", Colección Trabajo Social hoy, COTS de Madrid. 2016.

6.- ASOCIACION ESPAÑOLA DE FUNDACIONES TUTELARES, "*Los artículos del Código Civil para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en lectura fácil*". Junio 2021.

7.- VARIOS AUTORES. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (2021). "*El trabajo social forense en la Administración de Justicia en la Comunidad de Madrid*".

8.- CONSEJO GENERAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL. (1999). *Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social.* Recuperado el 4 de marzo de 2012

9.- RUIZ RODRÍGUEZ, P. (2011). *El Trabajador Social como perito, testigo y especialista del sistema judicial español.* Recuperado el 12 de enero de 2012, de Rediris: http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4422789/

ANEXO.

(CARÁTULA)

INFORME SOCIAL PERICIAL

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº / FISCALÍA
(indicar el juzgado o la fiscalía al que se remite el informe)

Procedimiento:
(Número de procedimiento al que va dirigido el informe)

Fecha del informe:

Se han de numerar todas las páginas (1 de 10) y firmar en el margen izquierdo.

Este informe se considera reservado, no pudiendo ser empleado para otros fines fuera del ámbito en el que ha sido emitido, en base a criterios deontológicos y en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

(PRIMERA PÁGINA)

La Trabajadora Social asignada para la realización del presente informe, en cumplimiento de lo acordado (en Autos/ mediante providencia) por SSª Iltma./o Magistrada/o Juez del Juzgado de 1ª Instancia número -- de (ciudad) / por Iltmo./a Fiscal de la Fiscalía de ….. y comunicado mediante oficio/providencia de fecha ----------, INFORMA

OBJETO DEL INFORME
El objeto del presente, es realizar Informe Social Pericial para (escribir textualmente lo que solicita el/la Juez/a o el/la Fiscal)

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombre y Apellidos:
DNI.:
Domicilio:
Localidad:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad:
Estado civil:

(SEGUNDA PÁGINA)

METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS

El método de trabajo aplicado y los Instrumentos y técnicas utilizados en la confección del Informe social pericial, han sido los siguientes:
(indicar fecha y, en su caso, hora de la intervención)

- Estudio y análisis de la documentación obrante en Autos y relacionada con el procedimiento.
- Visita domiciliaria:
  - Valoración del estado de la vivienda.
  - Valoración de la accesibilidad y acondicionamiento de la vivienda.
  - Observación directa del entorno vecinal.
  - Breve entrevista con la persona que preste apoyo en domicilio.
  - Entrevista de exploración a la persona con discapacidad, si es posible pasar un cuestionario sobre sus capacidades o necesidades de apoyo.

- Coordinación telefónica/presencial con Servicios y/o Recursos de los que es usuaria/o. Solicitud de informe sobre intervenciones, prestaciones, servicios que se le prestan.

- Citación, mediante correo certificado y solicitud de documentación relativa a la situación personal de D./Dª (persona propuesta como curador/guardador de hecho/defensor judicial).

  - Entrevista semiestructurada de exploración social con D./Dª (persona propuesta como curador/guardador de hecho/defensor judicial).
  - Realización de la "Ficha de datos personales de l@s entrevistad@s" y propuesta de prestación de apoyos.
  - Recepción y análisis de la documentación presentada por D./Dª (persona propuesta como curador/guardador de hecho/defensor judicial).

- Entrevistas telefónicas/presenciales con aquellas personas que no se postulan como curador/guardador de hecho/defensor judicial y que mantienen relación con la persona con discapacidad.

- En su caso, reunión de coordinación con profesionales del ámbito sanitario (médicos forenses, psicólogos forenses…).

- Redacción y emisión del informe

(TERCERA PÁGINA)

ANTECEDENTES PROCESALES
En este apartado se incluirán todos aquellos datos referentes al proceso judicial que nos ocupa y otros procesos en los que esté inmersa la persona con discapacidad y/o las personas propuestas como curadores, guardadores de hecho o defensores judiciales.

ESTUDIO SOCIAL DE D./Dª (persona con discapacidad)

COMPOSICIÓN FAMILIAR (familia de origen y familia actual)

UNIDAD DE CONVIVENCIA (datos sobre las personas con las que conviva si no son familiares directos).
Datos sobre la persona/entidad representante legal (si está curatelado, guardador de hecho,

defensor judicial….)

ANTECEDENTES/HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR
Se incluirán todos aquellos datos sobre la historia de vida de la persona con discapacidad y de la/s persona/s que se proponen como curador/guardador de hecho/defensor judicial y la relación entre ambas.

SITUACIÓN ACTUAL
Convivencia: Breve descripción del núcleo de convivencia y del grupo familiar nuclear y extenso.
Persona/s que se ocupan de su atención personal
Utilización de recursos sociales
Relación con la familia extensa
Red de apoyo

DATOS DE SALUD: referencia a los informes médicos que obren en autos o los presentados por la persona con discapacidad y/o la/s persona/s que se proponen como curador/guardador de hecho/defensor judicial
Grado de Dependencia, grado de discapacidad (entidad emisora, fecha)

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO
Ingresos: Pensión/salario; rentas capital; rentas inmobiliarias. Prestación económica Ley Dependencia. Otros medios económicos.
Aproximación a los gastos corrientes: Gastos de manutención, suministros, médicos, impuestos, gastos sobrevenidos a raíz de la situación actual, otros gastos.

Valoración ingresos/gastos en relación al bienestar personal.

(CUARTA PÁGINA)

VISITA DOMICILIARIA

- Si es un domicilio particular, valorar accesibilidad a la vivienda y a los recursos y servicios comunitarios. Medios de transporte (adaptación) y comunicación (lenguaje accesible). Entorno (localidad, barrio, vecindad). Valoración de las condiciones en que se encuentra la vivienda (condiciones de habitabilidad, distribución, movilidad, acceso/posibilidad de uso de WC, cocina…), mediante la observación directa y si esas condiciones facilitan o dificultan el desenvolvimiento de la persona con discapacidad. Recogida de datos y valoración del entorno vecinal, mediante la observación directa, prestando atención si el entorno próximo es facilitador o no de la vida cotidiana de la persona con discapacidad. Breve entrevista con la/s persona/s que convivan con la persona con discapacidad o del entorno vecinal, amistoso (valorar si suponen un apoyo o no para la persona con discapacidad).

- Si es un Centro Residencial, valoración del Centro (autorización de actividad, público/privado, coste plaza) y de los espacios que utiliza la persona con discapacidad. Reunión de coordinación con los profesionales que la atienden. Solicitud de informe sobre su situación personal (informe social, sanitario y de los profesionales que le atienden)

ENTREVISTA-EXPLORACIÓN DE D./Dª (persona con discapacidad)
(se puede realizar una entrevista previa a la visita en despacho)
Resumen breve de las rutinas diarias de la persona. Higiene personal y de vestido. Desenvolvimiento por la vivienda y el entorno vecinal. Utilización de transporte público. Movilidad. Uso teléfono. Preparación comidas, limpieza domicilio, etc…

<u>COMPETENCIAS DE LA PERSONA</u>
- Competencias sociales
- Adaptación al medio social y normativo
- Disponibilidad de relaciones sociales y participación social
- Competencias Educativo/ocupacionales/laborales
- Competencias para la salud

Capacidades y/o Apoyos necesarios en el ámbito personal
- Leer y escribir.
- Autocuidado.

- Actividades cotidianas (comprar, preparar comida, limpiar la casa, utilizar el teléfono, resolver situaciones de emergencia).
- Desplazamientos (uso del transporte público, conducir, camina sola/o).
- Residencia (dónde quiere vivir, con quién quiere vivir)
- Uso de redes sociales (conoce las redes sociales, quiere aparecer en redes sociales)

Capacidades y/o Apoyos necesarios para asuntos administrativos, económicos y jurídicos

- Asuntos económicos (conoce la moneda y su valor, conoce su situación económica, sabe el importe de sus ingresos y el origen de los mismos, conoce los gastos que tiene, sabe que tiene cuenta bancaria y el estado de la misma, tiene capacidad para tomar decisiones económicas simples y complejas,
- Gestiones administrativas (conoce que es un DNI y como tramitarlo/renovarlo, conoce lo que es una tarjeta sanitaria y como tramitarla, conoce lo que es una tarjeta bancaria y como tramitarla y utilizarla).
- Asuntos jurídicos (conoce lo que es un poder notarial, testamento, autocuratela, y donde otorgarlo, conoce lo que es un préstamo bancario o personal, una hipoteca…)

Capacidades y/o Apoyos necesarios en el ámbito de la salud

- Conoce la discapacidad que padece, conoce los médicos que le atienden, la medicación que tiene pautada, acude sola/o a consulta médica, conoce lo que es un consentimiento informado y las consecuencias de su firma del mismo. Puede solicitar ayuda o asistencia médica, reconoce situaciones de riesgo y puede evitarlas,

PROYECTO DE VIDA, PREFERENCIAS, DESEOS Y VOLUNTADES MANIFESTADAS POR LA PARTE INTERESADA (persona con discapacidad)
MEDIDAS DE APOYO CON LAS QUE CUENTA (manifestadas por la persona con discapacidad)

(QUINTA PÁGINA)

ESTUDIO DE LAS PROPUESTAS DE PRESTACIÓN DE APOYOS

DATOS PERSONALES
Nombre y Apellidos:
DNI.:
Domicilio:
Localidad:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad:
Estado civil:

RELACIÓN PARENTESCO / AFINIDAD/AMISTAD CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

EXPLORACIÓN SOCIAL

Con el fin de valorar la idoneidad de la propuesta de provisión de apoyos por parte de D./Dª……., se ha realizado entrevista de valoración en las dependencias judiciales el día…..
D. XXXXXXX acudió puntual y adecuadamente vestido y aseado. En la citación para entrevista se le había solicitado documentación necesaria para la elaboración del presente informe, que aportó en su totalidad O NO LA APORTÓ. En la entrevista se han recogido datos sobre aspectos sociales de su situación actual y sobre la historia familiar y personal, y todos aquellos datos biográficos de Dª XXXXXXX que pudiera recordar, habiendo mostrado en una actitud afable/suspicaz etc… colaborador/a O NO con todo aquello que se le solicitó.

DATOS BIOGRÁFICOS (nacimiento, orden en la fratría, estudios, estado civil, datos de la pareja e hijos si los hubiera, datos de domiciliación, tenencia de la vivienda, empadronamiento, trayectoria laboral y situación actual. Situación económica (descartar conflicto de intereses con la persona con discapacidad). Estado de salud (informe médico) cobertura sanitaria.

Resumen de la entrevista donde se recojan los datos de interés para el caso y relación que mantiene con la persona con discapacidad.

(SEXTA PÁGINA)

PROYECTO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS Y APOYOS

Motivación para el desempeño del cargo
Proyecto de APOYOS.
Viabilidad del proyecto (disponibilidad, acuerdo con las preferencias de la persona con discapacidad, etc)

(que la persona valorada como curador, guardador de hecho, defensor judicial refleje en un escrito tanto el proyecto como los medios de los que cuenta para llevarlo a cabo)

ENTREVISTAS CON FAMILIARES Y ENTORNO SOCIAL

Entrevistas abiertas en las que se recogerán datos e historia familiar y personal de la persona con discapacidad, para poder elaborar una historia de vida más completa.

REUNIONES DE COORDINACIÓN CON INSTITUCIONES

Se hará constar al menos puesto que ocupa/n o número de colegiada/o y fecha de la reunión, además se SOLICITARÁ informe escrito.

(SÉPTIMA PÁGINA)

CONSIDERACIONES SOCIALES

En virtud de la exploración social realizada y la información recabada, se realiza el análisis e integración de las mismas, ofreciendo las siguientes consideraciones:

- Con respecto a la persona con discapacidad (resumen y valoración de las condiciones de vida y situación personal de la persona con discapacidad, haciendo referencia a los aspectos o áreas en los que necesita apoyos)

- Con respecto a la/s persona/s propuestas como persona prestadora de apoyos resumen y valoración de la situación social (económica/laboral/salud/disponibilidad/antecedentes de cuidado a la persona con discapacidad…).

Descartar influencia indebida/conflicto de intereses.

(Aquí se puede hacer referencia a estudios y/o sentencias sobre la discapacidad que presente y que justifiquen la medida propuesta).

PROPUESTAS TÉCNICAS
(Todas aquellas propuestas que se considere necesario implementar para la mejora de las condiciones de vida de la persona con discapacidad)

CONCLUSIONES

Teniendo en consideración de forma global todo lo anteriormente expuesto, se obtienen las siguientes conclusiones:

(BREVE RESUMEN DE LAS CONSIDERACIONES RESPONDIENDO A LO SOLICITADO POR EL / LA JUEZ)

En consecuencia, se valora que D./Dª.(la persona con discapacidad) presenta en la actualidad necesidad de apoyos para (ámbitos en los que necesite apoyos), siendo la persona más idónea en este momento para prestar estos apoyos Dª / D.

Ciudad , a de de 20

Fdo.: Trabajadora Social.
Nº puesto / Nº colegiada

Nota: Las conclusiones que se formulan en el presente informe se refieren a la situación que existía en el momento de practicarse el estudio, y por ello, no pueden transferirse a otras circunstancias. En caso de producirse cualquier modificación en la situación ambiental, familiar o personal valorada, sería necesario una nueva evaluación y análisis del caso.

medicina forense en imágenes

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ROTURA TRANSMURAL DEL TABIQUE.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH TRANSMURAL RUPTURE OF THE SEPTUM.

RODRÍGUEZ ESMORES F [1].

RESUMEN.
Presentamos el caso de la muerte súbita de un varón de 69 años con Talla de 1,65m y Perímetro Abdominal de 105cm, con antecedentes médicos de Retraso Mental Leve-Moderado e IQ de Próstata, sin tratamientos farmacológicos según consta en su historial clínico. En la autopsia del cadáver se pone de manifiesto la presencia de Pluripatología Cardíaca plenamente confirmada por la Histopatología y consistente en: Hipertrofia Cardíaca Severa (617gs). Ateromatosis con estenosis severa (90%) de la luz de la arteria coronaria derecha y Trombosis sub-oclusiva añadida. Ateromatosis con estenosis severa (92%) de la arteria Diagonal y de la Circunfleja (80%); y Moderada de la Descendente Anterior (50%). Infarto Agudo de Miocardio con Rotura transmural del Tabique. La Patología Isquémica Crónica del Corazón con Severa Estenosis Multivaso, tiene como resultado final, un IAM Transmural con rotura por necrosis del tabique interventricular, constituyendo un Shock Cardiogénico, que deriva indefectiblemente en la muerte.

PALABRAS CLAVE: Infarto agudo de miocardio, muerte súbita del adulto, patología forense.

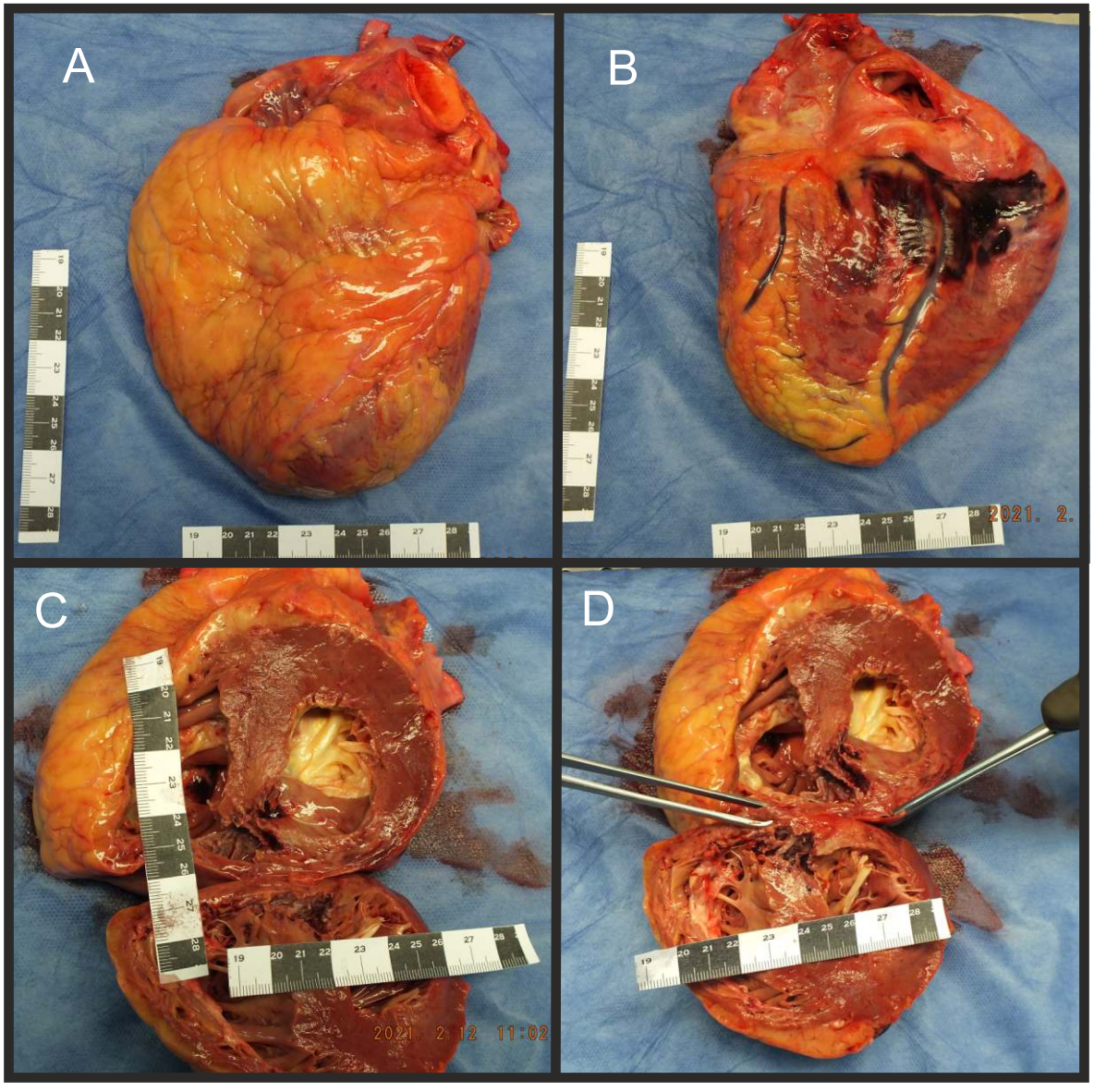
ABSTRACT.
We present the case of the sudden death of a 69-year-old man with a height of 1.65m and an abdominal perimeter of 105cm, with a medical history of Mild-Moderate Mental Retardation and IQ of the Prostate, without pharmacological treatments as recorded in his clinical history. The autopsy of the corpse reveals the presence of Cardiac Pluripathology fully confirmed by Histopathology and consisting of: Severe Cardiac Hypertrophy (617gs). Atheromatosis with severe stenosis (90%) of the lumen of the right coronary artery and added sub-occlusive thrombosis. Atheromatosis with severe stenosis (92%) of the Diagonal and Circumflex arteries (80%); and Moderate of the Anterior Descendant (50%). Acute Myocardial Infarction with Transmural Rupture of the Septum.Chronic ischemic pathology of the heart with severe multivessel stenosis, has as final result, a Transmural AMI with rupture due to necrosis of the interventricular septum, constituting a Cardiogenic Shock, which inevitably leads to death.

KEY WORDS: Acute myocardial infarction, sudden adult death, forensic pathology.

CONTACTO: Fernando Rodríguez Esmores. Email: fernando.rodriguez.esmores@xunta.gal

1 Médico Forense. Sección de Patología Forense. Subdirección de Vigo. Instituto de Medicina Legal de Galicia

IMAGEN 1: Lesion necrotica transmural a nivel septal. A: Corazón por su cara anterior; B. Cara posterior; C: Sección transversal; D:Sección transversal.



BIBLIOGRAFÍA.

1. BLANCO PAMPÍN J Infarto Agudo de Miocardio: Importancia Médico Legal de su Diagnóstico y Técnicas de Detección Postmortem. Boletin Galego de Medicina Legal e Forense Nº.9 Setembro 2000.

2. SUAREZ PEÑARANDA M, CONCHEIRO GUISÁN A. RODRÍGUEZ CALVO MS. "Principales Enfermedades Cardíacas asociadas a Muerte Súbita". Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 7ª ed. MASSON, S.A. 2019. p 246-252.

3. B. MORENTIN-CAMPILLO, M.P. SUAREZ MIER Y B. AGUILERA-TAPIA. "Autopsia Cardíaca en Patología Forense". Revista Española de Medicina Legal. Volumen 39, Número 3, Julio-Setiembre 2013. P 106-111.

4. FREDERICK J. SCHOEN. RICHARD N. MITCHELL. "Cardiopatía Isquémica" En: Kunar. Abbas. Aster ed. "Patología Estructural y Funcional Robbins y Cotran. 9ª ed. Elsevier. España. 2015. p 538-550.

OSIFICACIÓN PULMONAR DIFUSA COMO HALLAZGO DE AUTOPSIA. DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO Y CORRELACIÓN RADIOLÓGICA.

DIFFUSE PULMONARY OSIFICATION AS AN AUTOPSY FINDING. HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS AND RADIOLOGICAL CORRELATION.

CASCALLANA BRAVO D.[1], CASCALLANA ALVAREZ JL.[2], GORDO VERONICA.[2]

RESUMEN.
OBJETIVOS: La osificación pulmonar (OP) difusa es una rara enfermedad caracterizada por la presencia de pequeños fragmentos de hueso en el tejido pulmonar. La etiología es idiopática o asociada con enfermedades pulmonares crónicas o cardiacas de base. Presentamos un caso de OP en un fallecido por patología cardiaca diagnosticado, además, de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), silicosis y diabetes tipo II. Se muestran los criterios para el diagnóstico histopatológico. La existencia en la historia clínica de imágenes radiológicas previas nos permite su correlación con los hallazgos microscópicos.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una autopsia medico-legal completa incluyendo análisis histopatológico. Se muestran y comentan imágenes de la TAC y de radiografías torácicas pre mortem.
RESULTADOS: El parénquima pulmonar de ambos pulmones mostraba múltiples micronódulos blancos y duros, de 2-5 mm de grosor, más abundantes en las regiones subpleurales. El estudio microscópico mostró que los nódulos eosinofílicos envolvían áreas centrales de tejido hematopoyético inmaduro y contenían osteocitos en el interior de la matriz calcificada y osteoblastos en hilera en la periferia; además, aparecían osteoclastos ocasionales, todo lo cual demostró que se trataba de tejido óseo ectópico. En las radiografías pre mortem se identificaba un sutil patrón reticulonodular bilateral periférico, que en la TC se manifestaba como micronódulos de densidad similar al hueso, de distribución subpleural y centrolobulillar, con predominio en los lóbulos superiores.
CONCLUSIONES: La OP nodular es una enfermedad rara de origen todavía no aclarado, que casi nunca es diagnosticada en vida pero que se identifica con facilidad al disecar los pulmones en la autopsia. Actualmente, hay un creciente interés en el diagnóstico de esta entidad mediante la TC. El aspecto de las lesiones macroscópicas y microscópicas son inusuales e impactantes y deben ser conocidas y consideradas en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

PALABRAS CLAVE: Osificación, heterotópica / patológica. Enfermedades del pulmón, intersticial / diagnóstico. Tomografía axial computarizada. Radiografía torácica.

ABSTRACT.
OBJECTIVES: Diffuse pulmonary ossification (PO) is a rare disease characterized by diffuse small bone fragments in the lung tissue. It can be idiopathic or associated with underlying chronic pulmonary or heart diseases. We present a case of PO in a patient who died of cardiac disease and was also diagnosed with obstructive sleep apnea syndrome, silicosis, and type II diabetes. Criteria for histopathologic diagnosis are shown. The existence of previous radiological images in hospital records allows us to correlate them with that microscopic findings.
MATERIAL AND METHODS: A complete medicolegal autopsy was performed including histopathological analysis. Pre-mortem CT and toracic radiography images are displayed and commented.
RESULTS: The lung parenchyma of both lungs showed multiple white and hard micronodules, 2-5 mm thick, more abundant in subpleural areas. The microscopic study showed that the eosinophilic nodules surrounded central areas of immature hematopoietic tissue and contained osteocytes inside the calcified matrix and osteoblasts in a row on the periphery; in addition, occasional osteoclasts appeared, all of which showed that it was ectopic bone tissue. At pre-mortem radiographs a subtle reticulonodular diffuse pattern was observed, whereas on CT images this pattern correlated with a collection of small centrilobular and subpleural calcific nodules.
CONCLUSIONS: Nodular diffuse OP has still an unexplained origin and is seldom diagnosed during life, but can easily be identified when sectioning the lungs at autopsy. There is recent renewed interest in diagnosing and determining the significance of PO using high resolution computed tomography. The appearance of macroscopic lesions and especially microscopic ones are infrequent and impressive and must be known and considered in the differential diagnosis with other diseases.

KEY WORDS: Ossification, heterotopic / pathology. Lung diseases, interstitial / diagnosis. Tomography, X-Ray computed. Radiography, toracic.

CONTACTO: José Luis Cascallana Álvarez, Ronda de la Muralla 112, 3ºD 27004 Lugo. jlcalvarez@comlugo.org

1. Servicio de Radiología y Radiodiagnóstico del Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés, SERGAS.
2. Medico Forense. Sección de Patología Forense. Subdirección de Lugo. Instituto de Medicina Legal de Galicia

1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Un fallecido de 57 años de edad se encontró en su domicilio donde vivía solo. El día anterior al fallecimiento había sido intervenido por una polipectomía colónica. Era un paciente con pluripatología entre las que destacaban: SAOS, tratada con mascarilla CPAP, silicosis crónica simple en el pasado, tabaquismo, obesidad tipo 3, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes tipo II. Tras la autopsia se determinó como causa de la muerte una cardiopatía dilatada secundaria a cardiopatía hipertensiva.

2. HALLAZGOS DE AUTOPSIA.

La superficie visceral pulmonar tenía un color blanquecino con un dibujo lobulillar poco definido, sobre la que abultaban pequeños nódulos sólidos de color blanco y consistencia pétrea. Las superficies de sección pulmonares mostraron micronódulos blancos de 2-5 mm de diámetro, que se localizaban preferentemente debajo de la pleura y en los septos interlobulares (Fig. 1).

3. ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Los micronódulos situados en el interior de los espacios alveolares estaban compuestos por tejido óseo que se adaptaba al contorno alveolar. Había hueso lamelar maduro con zonas centrales basófilas hipercalcificadas. Solo algunos nódulos contenían un espacio central constituido por tejido mesenquimal inmaduro sin elementos hematopoyéticos diferenciados. En el espesor de la matriz osteoide había osteocitos y en las zonas periféricas osteoblastos activos dispuestos en hilera. Se identificaron ocasionales osteoclastos multinucleados situados sobre potenciales lagunas de reabsorción. Los nódulos se tiñeron moderadamente de color rosa con el reactivo de Schiff (PAS) y con el azul Alcian (PAS-AA) (Fig. 2)

El parénquima pulmonar mostraba engrosamiento de las paredes alveolares por fibrosis intersticial, áreas enfisematosas y presencia esporádica de nódulos silicóticos.

4. ESTUDIO RADIOLÓGICO.

Seis meses previos al fallecimiento, se realizaron pruebas de imagen, indicadas por una infección respiratoria. En las radiografías simples *pre mortem* destaca un patrón reticulonodular sutil aunque detectable, de predominio en los lóbulos superiores y en la periferia pulmonar. En la TC sin contraste *pre mortem*, el patrón intersticial se correspondía con la presencia de múltiples micronódulos de densidad similar a la del hueso, de disposición tanto centrolobulillar como subpleural, de predominio en los lóbulos superiores y segmentos superiores de los inferiores.

5. DISCUSIÓN.

Aunque el diagnóstico histológico de la OP es definitivo, los hallazgos radiológicos detectados son aislados e inespecíficos, y si bien podrían relacionarse con los antecedentes de silicosis pulmonar, la ausencia de conglomerados silicóticos, adenopatías con calcificación en cáscara de huevo y el pequeño tamaño de los nódulos detectados, obligan a incluir otros diagnósticos diferenciales entre los que se encuentra la osificación pulmonar difusa [1 y 2].

La OP es una enfermedad rara caracterizada por la formación de hueso ectópico en el tejido pulmonar. Es raro encontrar casos en personas vivas, la mayoría son diagnosticados en la autopsia [3]. La patogenia es desconocida, aunque la fibrosis de cualquier causa es un factor precursor de la enfermedad y, además, existe una predisposición genética. Se ha descrito una mayor prevalencia de la OP en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales, incluyendo la fibrosis pulmonar idiopática [4], enfermedades ocupacionales [1], así como en pacientes con hipertensión pulmonar secundaria a estenosis valvular mitral evolucionada [5]. El tejido óseo neoformado puede contener elementos hematopoyéticos en el interior o no [6]. Se han postulado varias teorías que expliquen el desarrollo de la OP, por ejemplo, se sabe que un ambiente ácido y anóxico crónico estimula la transformación de fibroblastos hacia osteoblastos. Los factores de crecimiento celulares implicados en la formación de la matriz extracelular (MEC), en la formación y en la

resolución de la inflamación, como el *transforming growth factor-β*, producido por macrófagos y células epiteliales dañadas, son un factor de crecimiento del colágeno y de la MEC, que están implicados en la fibrosis pulmonar idiopática, también promueven la proliferación de osteoblastos y condrocitos.

La enfermedad presenta un curso indolente o lentamente progresivo de disnea, tos, astenia y pérdida de peso. Suele diagnosticarse de forma incidental en un estudio por otra causa, a través de una radiografía de tórax, aunque la prueba *gold standard* es la tomografía computerizada [7] y [8]. La biopsia pulmonar a cielo abierto confirma el diagnóstico. No se han encontrado en la bibliografía casos de regresión espontánea. Los corticoides, los fármacos relacionados con el calcio y las dietas bajas en calcio, no han ofrecido un beneficio demostrable, aunque no se han evaluado sistemáticamente. En el momento actual, cualquier tratamiento dirigido hacia la OP debería considerarse experimental y reservarse sólo para los casos sintomáticos [9].

IMAGEN 1: A: Superficie pulmonar en fresco. Aspecto empedrado debido a múltiples nódulos en la superficie de ambos pulmones. En los lóbulos pulmonares superiores los nódulos son más prominentes. B: Superficie de sección pulmonar: aspecto macroscópico de los nódulos después de la fijación en formaldehido. Los nódulos subpleurales y septales tienen una consistencia muy dura que imposibilita el corte con el cuchillo. El parénquima pulmonar muestra ensanchamiento de los espacios aéreos y áreas fibrosadas.

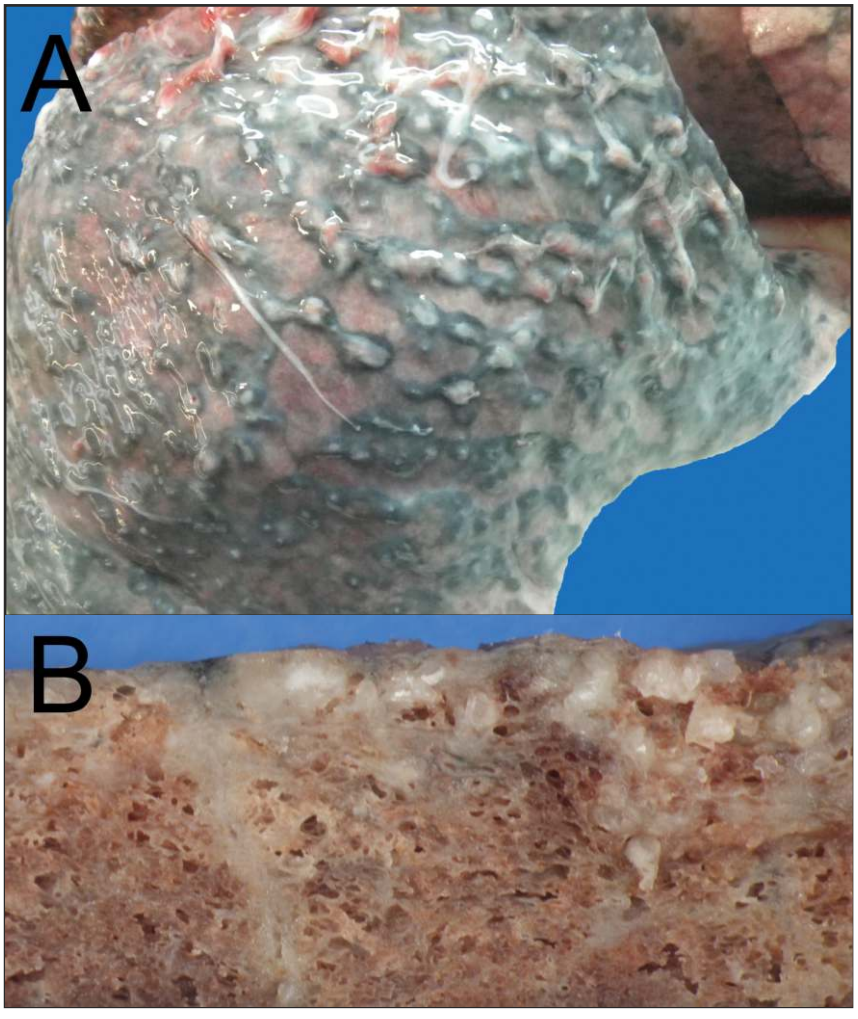


IMAGEN 2: A: HE. Sección histológica del parénquima pulmonar subpleural. Los micronódulos alveolares se distribuyen preferentemente por la periferia pulmonar, muestran una estructura laminar eosinofílica con zonas basófilas de calcificación. Hay fibrosis intersticial y presencia de ocasionales *córpora* amilácea. En otras zonas hay dilatación enfisematosa de los espacios aéreos. B: PAS. El hueso lamelar muestra positividad frente al reactivo de Schiff. Los micronódulos están compuestos de tejido óseo maduro con osteocitos incluidos en la matriz (1); se observan osteoblastos dispuestos en hilera sobre el contorno óseo en formación (2) y ocasionales osteoclastos (3). El eje de médula ósea contiene células mesenquimatosas indiferenciadas (asterisco). La aparición de tejido mesenquimal inmaduro en el interior de un foco de metaplasia ósea precede a la formación del hueso heterotópico. C: PAS-AA. Los mucopolisacáridos neutros de la matriz ósea adquieren color fucsia (poca intensidad) y los muco-polisacáridos ácidos se tiñen de azul.

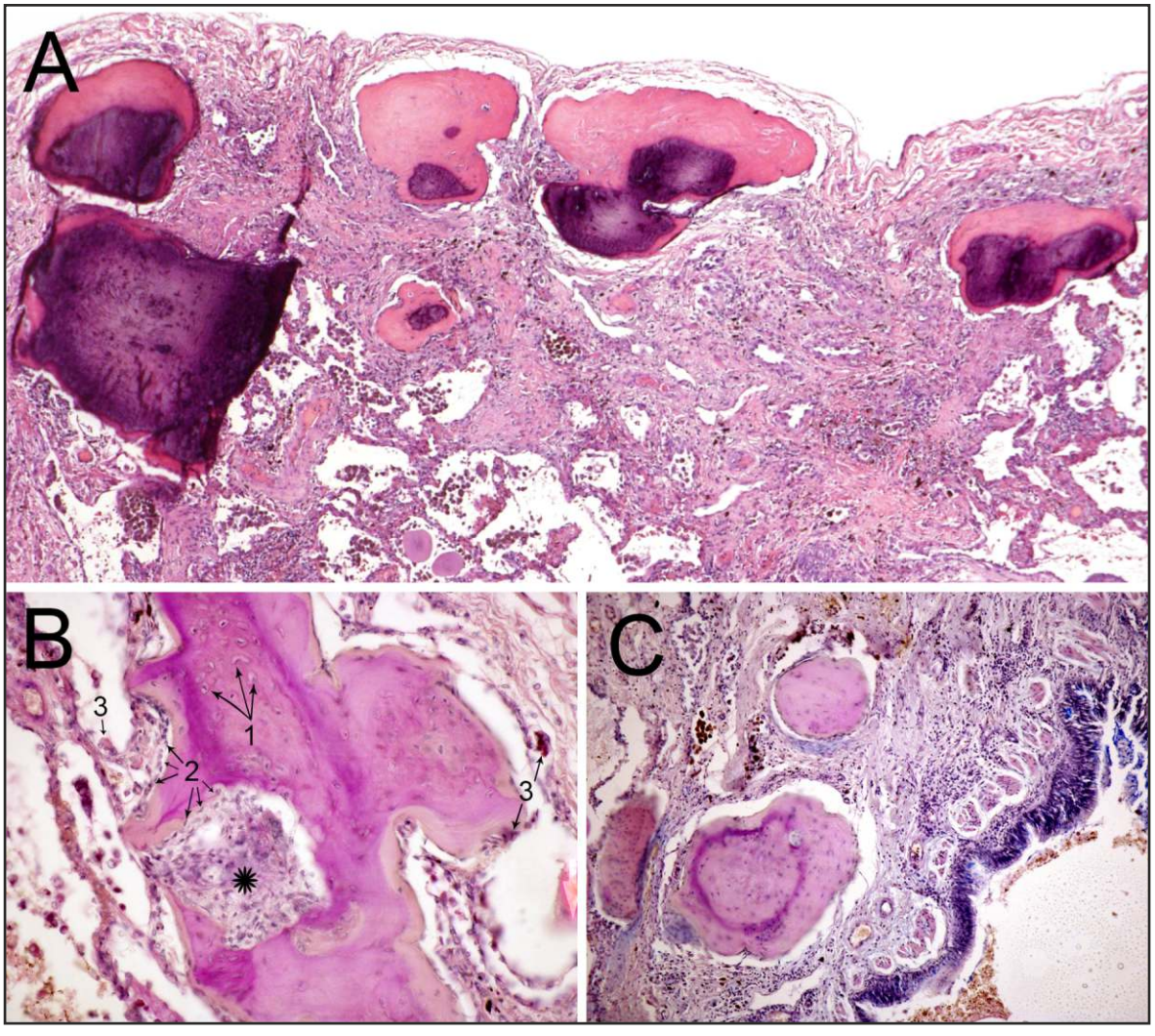


IMAGEN 3: Radiografía simple de tórax *pre mortem.* A: proyección póstero-anterior. B: proyección lateral. Nótese el sutil patrón intersticial reticulonodular de alta densidad, de distribución periférica y predominio en los lóbulos superiores.

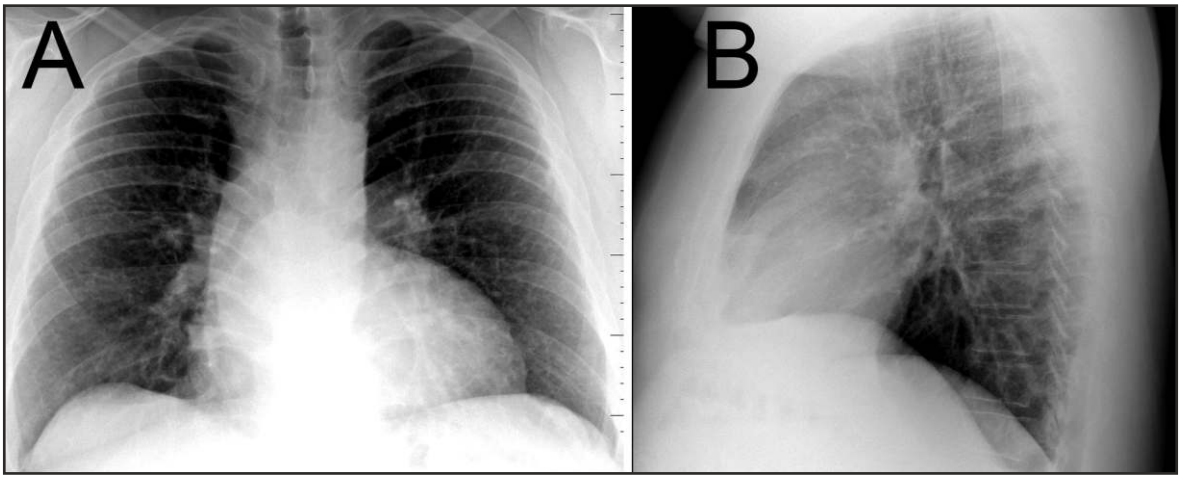
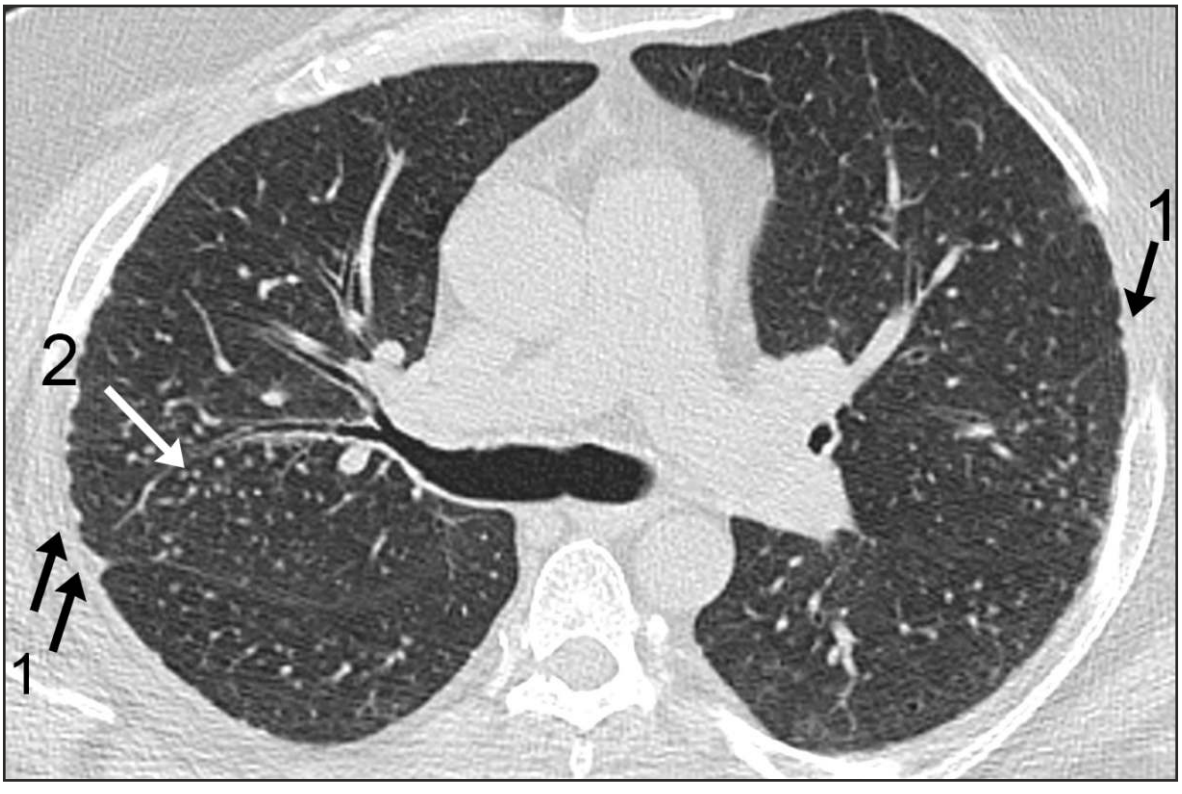


IMAGEN 4: Corte axial de la TC *pre mortem* centrado en los lóbulos superiores y segmentos superiores de los inferiores, donde se demuestra la presencia de micronódulos de densidad calcio/hueso, de distribución subpleural (1) y centrolobulillar (2).



6. BIBLIOGRAFÍA.

1. JUNGMANN, H, et al. Diffuse pulmonary ossification in a patient exposed to silica. European Respiratory Review 22.128 (2013): 189-190.

2. MARCHIORI, E, et al. Diffuse high-attenuation pulmonary abnormalities: a pattern-oriented diagnostic approach on high-resolution CT. American Journal of Roentgenology184.1 (2005): 273-282.

3. KONOGLOU M, ZAROGOULIDIS P, BALIAKA A, BOUTSIKOU E, DRAMBA V, TSAKIRIDIS K. Lung ossification: an orphan disease J Thorac Dis. 2013 Feb;5(1):101-4

4. EGASHIRA, R, et al. Diffuse pulmonary ossification in fibrosing interstitial lung diseases: prevalence and associations. Radiology 284.1 (2017): 255-263.

5. GALLOWAY RW, EPSTEIN EJ, COULSHED N. Pulmonary ossific nodules in mitral valve disease. Br Heart J 1961; 23:297-304

6. HEREDIA F, PEREZ JM, VARÓN H, GONZÁLEZ M, TORRES C, OJEDA P. Osificación pulmonar idiopática. Revista colombina de neumología 2012; 15 (2):64-68

7. RYAN CF, FLINT JD, MÜLLER NL. Idiopathic diffuse pulmonary ossification. Thorax 2004; 59: 1004.

8. MIZUSHINA Y, BANDO M, HOSONO T, MATO N, NAKAYA T, YAMASAWA H. A rare case of asymptomatic diffuse pulmonary ossification detected during a routine health examination. Intern Med. 2012;51(20):2923-7

9. TOMASHEFSKI J, CAGLE T., FARVER F., FRAIRE AE., Dail and Hammar´s pulmonary Pathology. Volume I. Nonneoplastic lung Disease. Third Edition, 2008. Springer

SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DOCUMENTADOS.

SUSPECTED PULMONARY THROMBOEMBOLISM AS A CAUSE OF SUDDEN DEATH IN PATIENTS WITH NO DOCUMENTED HISTORY.

JUSTA LÓPEZ L.[1]

RESUMEN.
El Tromboembolismo pulmonar (TEP) adquiere su importancia a nivel médico legal a través de la necesidad de determinar la causa inicial del cuadro, ya que el 90% de las muertes por TEP ocurren en sujetos no diagnosticados y por tanto no tratados. Con el objetivo de determinar la importancia de valorar este diagnóstico en los casos de muerte súbita; se presenta un caso de un varón de 61 años sin antecedentes médicos de interés conocidos que es hallado fallecido en el interior de su domicilio. Se realiza necropsia mediante extracción de *Ghon*, con posterior apertura del hilio pulmonar siguiendo la circulación pulmonar hasta el ventrículo derecho. Se objetiva como causa inicial del fallecimiento coagulo vital en la bifurcación de arteria pulmonar con trombo de origen en el ventrículo derecho.

PALABRAS CLAVE: Tromboembolismo pulmonar, muerte súbita, necropsia.

ABSTRACT.
Pulmonary thromboembolism (PTE) acquires its importance at the forensic medical level through the need to determine the initial cause of the condition, since 90% of deaths from PTE occur in undiagnosed subjects and therefore not treated. In order to determine the importance of assessing this diagnosis in cases of sudden death, we present a case of a 61-year-old male with no known medical history of interest who is found dead inside his home. Necropsy is performed by *Ghon* extraction, with subsequent opening of the pulmonary hilium following the pulmonary circulation to the right ventricle. Vital clot at the bifurcation of the pulmonary artery with thrombus of origin in the right ventricle was identified as the initial cause of death.

KEY WORDS: Pulmonary thromboembolism, sudden death, autopsy.

CONTACTO: Lucía Justa López, Médico Forense en el Instituto de Medicina Legal de La Rioja. Email: ljusta@larioja.org

1. INTRODUCCIÓN.

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo constituye una de las formas de presentación de la enfermedad tromboembólica venosa. El TEP se define como la obstrucción repentina de la arteria pulmonar o alguna de sus ramas. Es una patología frecuente con elevada mortalidad y sintomatología inespecífica.

La incidencia del TEP en la sociedad es sumamente elevada. Según la sociedad de neumología y cirugía torácica, en España oscila entre el 0.5 por cada 1000 habitantes [1], siendo la mortalidad de hasta un 30% de los casos sin tratamiento urgente [2].

El TEP adquiere su importancia a nivel médico legal [3] a través de la necesidad de determinar la causa inicial del cuadro, ya que el 90% de las muertes por TEP ocurren en sujetos no diagnosticados y por tanto no tratados [4]. Por ello en aquellos casos de muerte súbita en el que se carezcan de antecedentes médicos o datos clínicos perimortem que permitan aproximar el diagnóstico, el TEP debe ser una de las sospechas a valorar durante la necropsia.

1 Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Rioja.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO.

En el caso que se presenta nos encontramos, durante el levantamiento del cadáver, ante un varón de 61 años. Entre los antecedentes médicos únicamente consta una hiperplasia benigna de próstata. Según allegados el paciente llevaba varios días con clínica inespecífica de malestar, negándose a ser valorado por los servicios médicos. Finalmente es encontrado fallecido en su domicilio sobre la cama. Ante la ausencia de antecedentes que justifiquen la causa de la muerte, se procede a realizar la autopsia médico legal con sospecha de muerte súbita.

3. OBJETIVO Y MÉTODO.

Una vez realizado el examen externo reglado y ante la sospecha de muerte súbita de origen cardiovascular se procedió a realizar la necropsia mediante la técnica de *Ghon* [5] del bloque torácico. Mediante este procedimiento se permite el manejo, manteniendo las relaciones anatómicas de los grandes vasos. Variando del clásico manejo mediante la valoración “in situ” de la arteria pulmonar, se realizó una disección posterior desde los hilios pulmonares, siguiendo la circulación arterial pulmonar hasta su llegada al ventrículo derecho (Fotografía 1). De esta manera, es posible valorar el recorrido completo de la circulación pulmonar y su afectación macroscópica. Posteriormente se realizó disección vasos venosos profundos en ambas extremidades inferiores.

4. RESULTADOS.

En el presente caso objetivamos el coagulo vital con morfología clásica en “silla de montar” (Fotografía 2) [6]. Siguiendo el recorrido, se encuentra el trombo principal adherido al ventrículo derecho. Se observan las cuerdas tendinosas englobadas por el trombo. (Fotografía 3). Ante la ausencia de hallazgos en extremidades inferiores se descartó el origen periférico.

5. CONCLUSIONES.

El TEP es una de las principales causas de muerte de origen vascular, cuya primera presentación clínica frecuentemente se manifiesta en forma de muerte súbita.

En patología forense encontramos múltiples métodos para la realización de necropsias, si bien, debemos utilizar técnicas que permitan mantener las relaciones anatómicas entre vísceras y sus comunicaciones vasculares.

En el presente caso encontramos un trombo de probable formación cardiaca “in situ” como causa inicial del fallecimiento.

IMAGEN 1: Imagen completa del trombo hasta el ventrículo derecho una vez eviscerado el corazón.

IMAGEN 2: Tromboembolismo en la bifurcación de la arteria pulmonar con morfología “en silla de montar”.

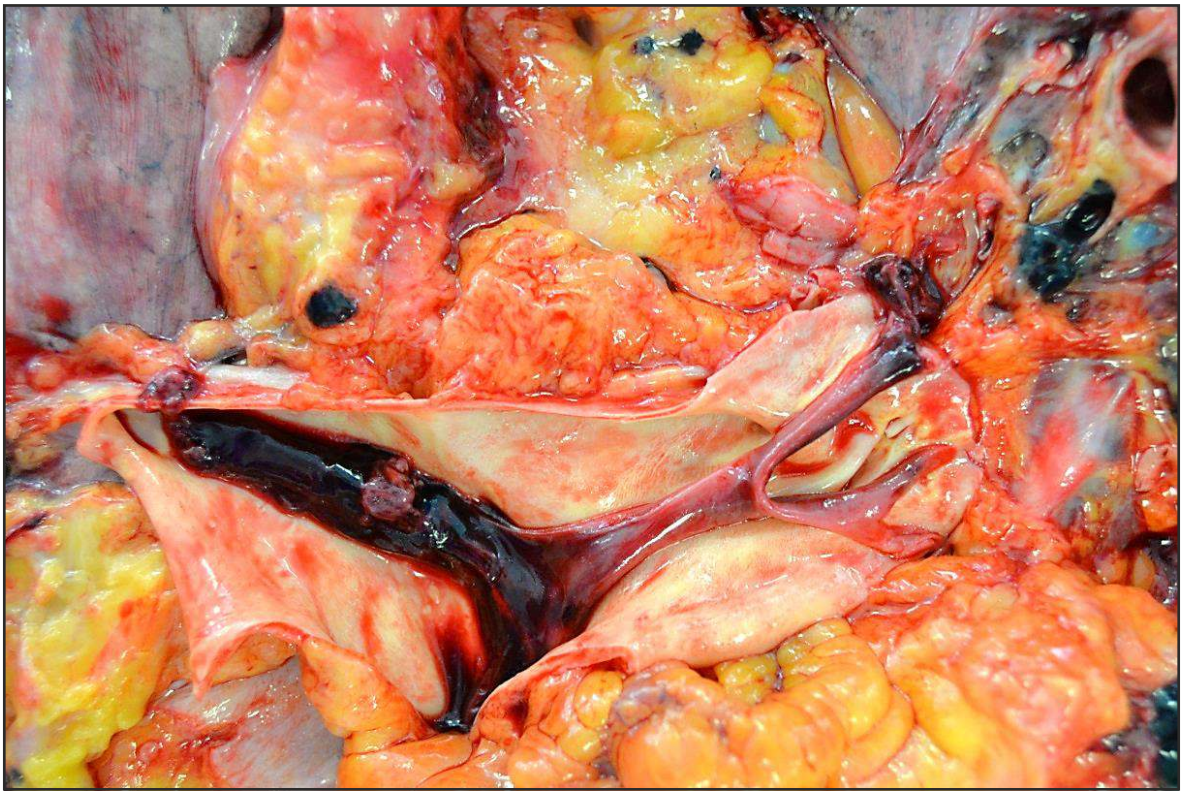
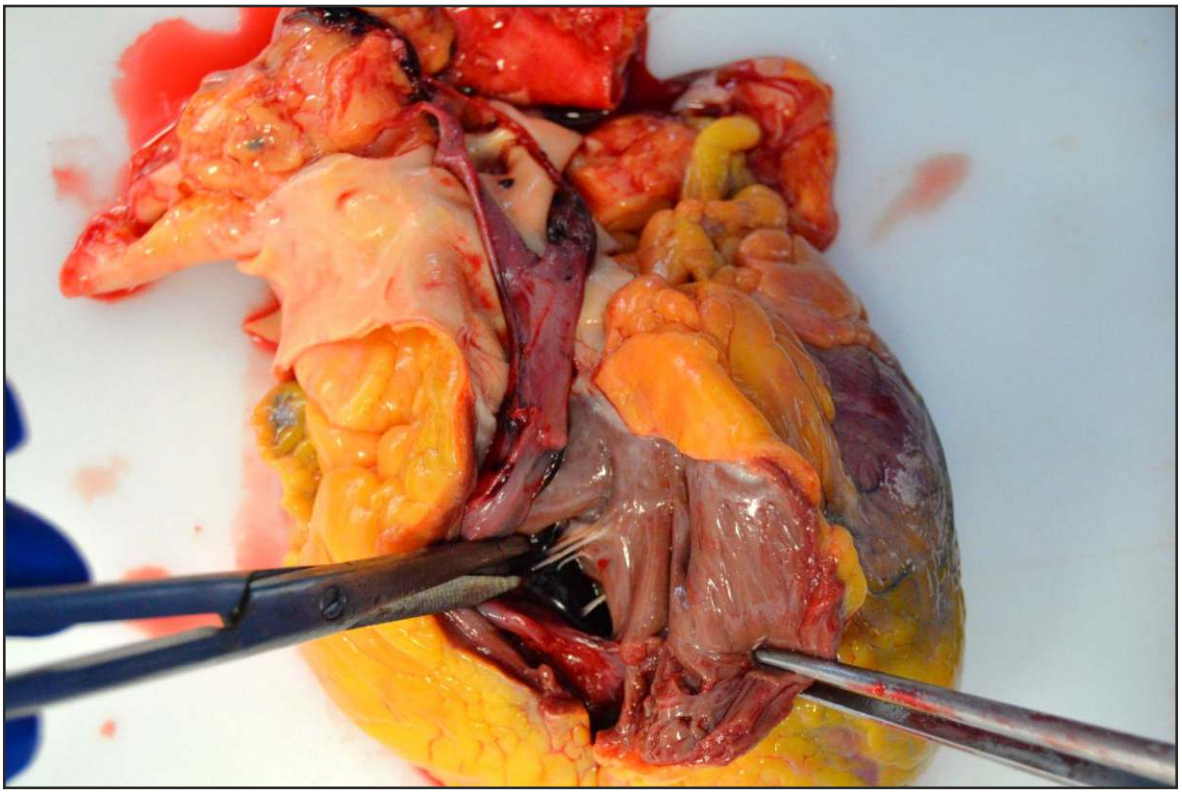


IMAGEN 3: Cuerdas tendinosas englobadas en el trombo.



6. BIBLIOGRAFÍA.

1. GOLDHABER SZ. Pulmonary embolism. Lancet. 2004; 363: 1925-305.

2. D. SÁENZ , F. CONGET , B. SIERRA , M. Emergency Manual. 2nd Edition. Panamericana Editorial. 2010. p 216.

3. GABRIELE MARGIOTTA M.D, ALESSIO COLETTI M.D, SIMONA SEVERINI PH.D, FEDERICA TOMMOLINI B.S & MASSIMO LANCIA M.D. Medico-Legal Aspects of Pulmonary Thromboembolism. Advances in Experimental Medicine and Biology book series (volume 906): 13 September 2016. Avaiable from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/5584_2016_130

4. LUCENA ROMERO J., LABORDA GÁLVEZ J.L., RODRÍGUEZ GONZÁLEZ L. Pulmonary embolism as a cause of unexpected sudden death in people aged 1-35 years. CorSalud vol.9 no.3 Santa Clara jul.-set. 2017. Avaiable from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702017000300013

5. PARDO MINDAN FJ. Pathological Anatomy, 2nd Edition. S.A Elsevier Spain. 1996. P 14.

6. J.L. PALOMO RANDO, V. RAMOS MEDINA, I. PALOMO GÓMEZ, M.D. BAUTISTA OJEDA Y A. BLANES BERENGUEL. Approach of pulmonary embolism at the autopsy room. Cuad. med. forense vol.19 no.1-2 Málaga ene./jun. 2013. GUÍA PRÁCTICA DE MEDICINA FORENSE. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062013000100006

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. SIGNO DE ROMANESE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GUNSHOT WOUNDS TO FIREARMAS. ROMANESE SIGN. ABOUT A CASE.

MUÑOZ HERNANDEZ V.[1], APARCERO FERNANDEZ DEL CAMPO M.A.[2]

RESUMEN.
Cuando el médico forense se enfrenta a lesiones por arma de fuego, el estudio de los hallazgos en la escena y sobre el cadáver permitirá determinar la manera en la que tuvieron lugar los hechos. Se presenta el caso de un homicidio seguido por el suicidio del autor en el que la correcta interpretación de los signos en la víctima, permitió resolver cuestiones tales como la naturaleza de los disparos, posición entre víctima y autor y el número y la distancia de los disparos.

PALABRAS CLAVE: Arma de fuego, orificio de salida, signo de romanese.

ABSTRACT.
When the forensic doctor deals with firearm injuries, the study of the findings on the corpse and at the scene of the events will guide the way in which the events took place. The case of a homicide followed by the suicide of the perpetrator is presented in which the correct interpretation of the signs on the victim, allowed to resolve issues such as the nature of the shots, the position between the victim and the perpetrator, number and distance of shots.

KEY WORDS: Firearm, exit hole, romanese sign.

CONTACTO: Valeriano Muñoz Hernández. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Toledo y Ciudad Real. Avda. Plaza de Toros nº 6. 45003. Toledo. E-mail: valeriano.munoz@justicia.es

1. ANTECEDENTES.

1.1. LEVANTAMIENTO DE CADÁVER.

Se trata de una mujer de 27 años de edad que es encontrada fallecida junto con el cuerpo también sin vida de su pareja en una de las estancias de su domicilio. En la habitación, de pequeñas dimensiones, además de los cuerpos no se evidencia desorden en el mobiliario ni señales de lucha o violencia.

Los cadáveres presentaban signos de violencia compatibles con heridas por arma de fuego. El cadáver de la mujer es hallado en posición de decúbito prono, ligeramente inclinada hacia la parte derecha y con la extremidad superior derecha cruzada por debajo de su pecho y la izquierda semiflexionada. Bajo el cadáver gran cantidad de sangre en el suelo. El cuerpo del varón se encontraba junto a una de las paredes y cerca de la puerta de entrada a la habitación, en posición de decúbito supino algo girado hacia la izquierda y con la extremidad superior derecha por encima del pecho. En la pared, abundantes salpicaduras de sangre. Entre ambos cuerpos, el arma de fuego presumiblemente utilizada. ***(Fotografía 1)*** En el examen del lugar se localizan tres casquillos de bala y sólo dos proyectiles, uno alojado en la pared del pasillo frente a la puerta de la habituación y otro alojado en el suelo de tarima, justo bajo el cadáver de la fallecida.

1. Jefe de la Sección de Toledo del Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Toledo y Ciudad Real.
2. Jefe de Sección de Psiquiatría Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Toledo y Ciudad Real.

IMAGEN 1: Posición en la que fueron encontrados los cuerpos sin vida. Entre los cadáveres el posible arma utilizada. Al fondo el pasillo en cuya pared se localizó uno de los proyectiles.

2. HALLAZGOS DE AUTOPSIA.

2.1. EXAMEN EXTERNO.

En el examen externo el cadáver de la mujer, éste presentaba varias heridas que por su morfología serían compatibles con heridas producidas por proyectil de arma de fuego. Así presentaba una herida en la sien derecha, otra en la mejilla izquierda, otra en zona retroauricular derecha y una más en región de la espalda, concretamente en la zona subescapular izquierda. A nivel de cara anterior del cuello, se objetivaba un hematoma de coloración rojo-violácea.

2.2. EXAMEN INTERNO.

A nivel interno destacan la existencia en cráneo de fractura de ala mayor derecha del esfenoides y del agujero magno. En región cervical, importante infiltrado en región parotídea derecha y musculatura y aponeurosis superior derecha del cuello, así como en región retroparotidea izquierda y en trayecto de arteria carótida del mismo lado. Tras la disección de las estructuras y extracción del bloque visceral se evidencia lesiones importantes en esqueleto laríngeo, con afectación de epiglotis y cartílago tiroideo, así como un desgarro y destrucción de la arteria carótida izquierda. En cuanto a las estructuras óseas, se evidencia fractura y estallido de primera y segunda vértebras cervicales.

En el tórax, se procede a la disección de la herida de pared posterior torácica a la altura de zona subescapular realizando un colgajo que la incluye. Al retirar el colgajo se recupera de entre la grasa subcutánea un proyectil de arma de fuego.

A la apertura se visualiza colección de sangre en hemitórax izquierdo compatible con hemotórax masivo, al tiempo que colapso del pulmón izquierdo, el cual presentaba un aspecto exangüe. En este mismo pulmón, tres lesiones de forma circular todas ellas y con infiltrado circundante. Por último, fractura de bordes de 4º y 5º arcos costales posteriores.

Respeto al resto de estructuras viscerales y óseas tanto de la cavidad torácica como de la abdominal no se encuentran datos de interés.

3.DISCUSIÓN.

Una adecuada valoración, no sólo del cadáver, sino también del lugar de los hechos, permite al investigador pronunciarse sobre cuestiones de tal importancia como la etiología médico legal del suceso, el tipo y número de armas, localización y distancia entre autor y víctima, etc. [1]. En el caso que nos ocupa, por las primeras investigaciones llevadas a cabo en el lugar de los hechos, los antecedentes de la pareja, la posición en la que fueron encontrados los cadáveres y por el testimonio de los testigos, todo apuntaba a que se trataba de un homicidio seguido del suicidio del autor.

Pero en ocasiones, el estudio de las lesiones producidas por disparos de arma de fuego puede llegar a ser extremadamente complejo, ya que la investigación puede dificultarse de forma casual, por ejemplo, cuando no se encuentran los proyectiles o las vainas [2]. Se ha mencionado que en el lugar de los hechos se habían localizado tres vainas y sólo dos proyectiles, no siendo posible encontrar un tercero.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los efectos que producen tanto el propio proyectil atravesando tejidos como la presencia o ausencia de los materiales que acompañan al disparo (pólvora, gases de explosión, negro de humo y metal vaporizado) provocará unas características morfológicas que posibilitan una orientación diagnóstica macroscópica [3]. Así, en una primera inspección, se planteaban dudas respecto al número de disparos puestos en relación con el número de heridas y sus características morfológicas.

En este sentido, el cuerpo de la mujer presentaba cuatro heridas en el examen externo, una en la mejilla izquierda, otra en la

región retroauricular derecha, otra en la sien derecha y una última en la región subescapular izquierda.

La herida de la mejilla izquierda tenía una morfología propia de los orificios de entrada, ya que presentaba cintilla erosivo contusa a su alrededor y también partículas de pólvora aisladas [4], mismas características que tendría la herida de la sien derecha. ***(Fotografías 2 y 3)*** En referencia a la herida de la región retroauricular derecha, sus características morfológicas irregulares y la ausencia de cintilla erosiva contusa, así como de residuos de disparo, indicarían que se trataría de un orificio de salida [5]. ***(Fotografía 4)***

IMAGEN 2: Herida de la mejilla izquierda. Presenta características morfológicas de orificio de entrada con cintilla contusiva y algunos granos de pólvora incrustados.

IMAGEN 3: Herida en la sien derecha. Presenta cintilla contusiva y residuos de disparo. Orificio de entrada.

Finalmente, quedaría la herida de la región subescapular. Se ha mencionado que tras la disección del colgajo cutáneo durante la autopsia fue localizado el tercero de los proyectiles que no se encontró en el lugar de los hechos y que planteaba desde el inicio problemas a la hora de determinar el número de disparos realizados. Además, la morfología de esta herida, hacía pensar en una posible entrada, ya que presentaba un halo contusivo y el fragmento de jersey que cubría la zona tenía una solución de continuidad. Sin embargo, se plantea la posibilidad relativamente frecuente de que los orificios de salida tengan los bordes erosionados cuando el proyectil se encuentra un obstáculo para salir debido a que la parte del cuerpo esté apoyada sobre una pared o el piso, lo que se conoce como signo de Romanese [6]. ***(Fotografía 5)*** Es decir, en nuestro caso, la víctima se podría encontrar con la espalda apoyada en el suelo y el proyectil podría haber intentado salir, con la particularidad de que al impactar con el suelo habría dado lugar a los oficios de la piel y de la ropa, pero quedando alojado a nivel subcutáneo. ***(Fotografía 6)*** Otro elemento que apoya esta hipótesis es la ausencia de residuos de disparo tanto en la piel como en el fragmento de ropa que cubría esta

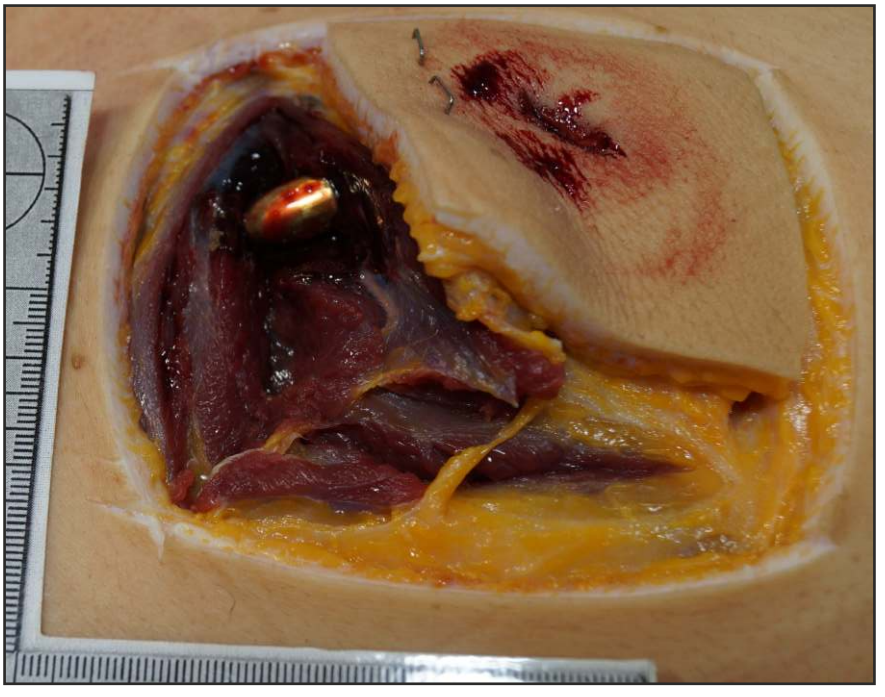
herida, elemento este que permitiría decantarse por un orificio de salida y no entrada [7].

Una vez así y teniendo en cuenta que el trayecto de las heridas por arma de fuego se corresponde con el recorrido del proyectil por los tejidos, en este caso y en virtud de las estructuras lesionadas se pudo relacionar el orificio de la mejilla izquierda con el de la región retroauricular derecha, mientras que la trayectoria del orificio de la sien derecha se concluyó que finalizaba a la altura del orificio de la espalda [8].

IMAGEN 4: herida de la región retroauricular derecha. Sin cintilla contusiva y con bordes irregulares. Orificio de salida.

IMAGEN 5: herida de la zona subescapular izquierda. Orificio de salida con cintilla contusiva (Signo de Romanese).

IMAGEN 6: al retirar el colgajo de la herida subescapular izquierda se localiza el proyectil lo que confirma que es un orificio de salida.



Por último, apuntar que todos los disparos en virtud de la concentración de los restos de pólvora y demás residuos de disparo, habrían sido realizados a media distancia.

En cuanto al cadáver del varón, éste presentaba dos orificios a nivel craneal, uno en región temporal derecha que presentaba morfología compatible con entrada a muy corta distancia y otro en temporal izquierdo con características de salida.

Según lo relatado hasta ahora y tratando de reconstruir los hechos, por la investigación realizada tanto en el lugar del suceso como por los resultados de la autopsia practicada, teniendo en cuenta el número y la trayectoria de los proyectiles, así como la localización de los cuerpos en el momento del levantamiento, la víctima podría encontrarse en un plano inferior al del autor, posiblemente sentada o arrodillada frente a él. Que éste habría disparado el arma, penetrando el proyectil por la sien derecha. La mujer caería hacia atrás al recibir el impacto, apoyando su espalda en el suelo e impidiendo de esta manera la salida del proyectil, que quedaría entonces alojado en el tejido celular subcutáneo de su zona subescapular izquierda. Una vez en el suelo, se habría girado ligeramente por ella misma o por el autor, quedando en posición de decúbito prono con el brazo derecho bajo el cuerpo y con la mejilla izquierda hacia arriba, como así fue hallada, momento en el que recibe otro disparo, que esta vez penetraría por la mejilla izquierda y saldría por la parte lateral derecha del cuello, zona retroauricular, que era la que apoyaba contra el suelo, quedando finalmente alojado el proyectil en la tarima de madera del pavimento de la estancia. Por último, el varón se suicida, utilizando el mismo arma y disparándose en la zona temporal derecha, saliendo el proyectil por la parte contralateral y quedando alojado en la pared del pasillo frente a la puerta de la habitación.

4. CONCLUSIONES.

La abrasión en los bordes de los orificios de salida es rara y puede aparecer cuando el cuerpo está apoyado contra una superficie dura como una pared, el suelo o el pavimento, conociéndose como el signo de Romanese. Cuando se presenta puede confundir y complicar la investigación. Será un completo estudio y una correcta interpretación de todos los signos y evidencias hallados sobre el cadáver y en el lugar de los hechos el que permitirá llegar al correcto diagnóstico de cómo pudieron suceder los hechos.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. GONZALEZ FERNANDEZ J, PATITÓ JA. Lesiones por proyectiles de armas de fuego. En: Delgado Bueno S, director. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Vol. 3. 1ª ed. Bosch 2011. p. 163-186.

2. RODRIGUEZ JORGE R. RODRIGUEZ GONZALEZ C. Actuación Médico Forense en los homicidios por arma de fuego. Revista de la Escuela de Medicina Legal. Febrero de 2010

3. BARBERIA E, ESTARELLAS A, PIERA V. Herida por arma de fuego. Revista Española de Medicina Legal. 2012;38(1):39-40

4. ETXEBERRÍA GABILONDO F. Lesiones por arma de fuego. Patología forense y cuestiones médico forenses. En: Serrulla F, coordinador. Ciencias Forenses y armas de fuego. Ed. Asociación Galega de Médicos Forenses 2019. p. 55-100.

5. DI MAIO V.J.M. Heridas por arma de fuego. En: Di Maio V.J.M Dana S.E. Manual de Patología Forense. Diaz de Santos. 2003. p. 111-140

6. PATITÓ JA. Lesiones por proyectiles de arma de fuego. En José Angel Patitó. Manual de Medicina Legal. Segunda Edición. Editorial Librería Akadia Editorial. Buenos Aires. 2012. 143- 151.

7. SPITZ WU, SPITZ DJ, editors. Spitz and Fisher's medicolegal investigation of death: guidelines for the application of pathology to crime investigation. 4th ed. Charles C Thomas, Springfield, IL. 2006.

8. GISBERT CALABUIG JA, CASTELLANO ARROYO M. Lesiones por arma de fuego, explosiones. En Medicina Legal y Toxicología 6ª Edición. Mason. 2004. p. 360-373

IDENTIFICACIÓN DE UN CADÁVER ESQUELETIZADO A PARTIR DE PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EVOLUCIONADA.

IDENTIFICATION OF A SKELETIZED CORPSE BASED ON EVOLVED NEOPLASIC PATHOLOGY.

POLO CERDÁ M.[1]

RESUMEN.
En Antropología Forense tiene especial valor la evaluación de evidencias osteológicas de patología *antemortem* con el fin de poder llegar a una identificación. Se presenta el caso de un cadáver en situación esquelética parcial, hallado en un contexto de marginalidad, donde la combinación del estudio antropológico forense (perfil biológico), datos paramédicos recogidos durante el levantamiento del cadáver y la presencia de patología neoplásica evolucionada (lesión osteolítica craneal metastásica), permiten su identificación.

PALABRAS CLAVE: Identificación, antropología forense, neoplasia, metástasis, lesión osteolítica.

ABSTRACT.
The evaluation of osteological evidence of antemortem pathology in Forensic Anthropology, is of special value in order to be able to reach an identification. This report shows the case of a corpse in a partial skeletal situation. It was founded in a marginal context. Thanks the combination of the forensic anthropological study (biological profile), paramedical data collected during the removal of the corpse, and the presence of advanced neoplastic pathology (cranial osteolytic lesion metastatic), it was allowed his identification.

KEY WORDS: Identification, forensic anthropology, neoplasia, metastases, osteolytic lesion.

CONTACTO: Manuel Polo Cerdá. E-mail: polo_man@gva.es

1. INTRODUCCIÓN.

Los métodos primarios para identificación de cadáveres (cotejos dactiloscópicos, odontológicos y genéticos) permiten obtener, en el mejor de los casos, una identidad fehaciente, de certeza [1]. Sin embargo, la evaluación y documentación de patología ósea *antemortem,* también tiene un enorme valor en muchos casos, más allá de ofrecer una identificación indiciaria. A este respecto, las alteraciones óseas *antemortem* que generalmente son empleadas con más frecuencia en dicho proceso deductivo son los traumatismos óseos y la presencia elementos constitutivos de intervenciones de cirugía ortopédica (osteosíntesis y prótesis) [1]. Otras patologías óseas como las reumáticas (por ejemplo, la espondilitis anquilosante) [2], o las dentales (por ejemplo, las lesiones cariosas) [3], también se han puesto en valor como buenos indicadores complementarios que orientan hacia la identificación en antropología forense. Sin embargo, el valor de la patología neoplásica no suele ser empleado como método orientador de la identidad en casos de cadáveres no identificados en mal estado o esqueletizados. Su principal razón recae, sobre todo, porque los tumores óseos primarios presentan una incidencia relativamente poco frecuente en la población (1/100.000 habitantes en varones y 0,7/100.000 habitantes en mujeres, según datos de la OMS) [4], y por otra parte, en el caso de los tumores de partes blandas se requiere de la existencia de un proceso evolutivo de la enfermedad suficientemente avanzado que permita documentar lesiones óseas metastásicas. A este respecto, las metástasis óseas son las lesiones neoplásicas esqueléticas de mayor prevalencia, de ahí que, en casos excepcionales, y en correlación con otros parámetros (perfil biológico, datos

1. Doctor en Medicina. Médico Forense, Especialista en Antropología Forense. Unidad de Antropología y Odontología Forense. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia.

paramédicos, entre otros), puedan servir como método orientador para la identificación. En este trabajo se presenta un caso donde la presencia de lesiones metastáticas fue esencial para orientar hacia la identidad de un cadáver esqueletizado no identificado.

2. ESTUDIO DEL CASO.

2.1. HALLAZGO. LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER.

En el contexto de guardia médico forense tuvo lugar el hallazgo casual de un cadáver, por parte unos menores que se encontraban jugando por la zona, en el interior de una casa de planta baja, en situación de abandono y en un contexto de marginalidad.

El equipo de Policía Judicial interviniente, previamente a la llegada del médico forense, informa que en la primera inspección ocular se ha observado una herida craneal compatible con una muerte violenta. Así mismo, también se informa de un posible "candidato" a la identificación del cadáver, pues se sabe, por testimonios de vecinos, la posible identidad de la persona que habitualmente pernoctaba en la vivienda, la cual, desde al menos hacía un año y medio, no se le había visto con vida por la zona.

En la inspección ocular, el médico forense documenta que el cadáver se encuentra en estado de esqueletización casi completa, con fenómenos conservativos naturales de corificación torácica-abdominal y de miembros superiores e inferiores. Está situado en el suelo de la vivienda y corresponde a un varón, por las características macroscópicas craneales y pélvicas, además de por la conservación parcial de genitales externos. Es de constitución normoconformada, dispuesto en posición de decúbito supino en el lado derecho de la casa accediendo por la puerta principal.

El lugar es una caseta que acumula gran cantidad de basura y enseres (con montones de ropa, zapatos, así como herramientas, botellas de plástico de diferentes tamaños, entre otros objetos). El cadáver se encuentra en contacto con el suelo y junto al mismo hay varios colchones, una garrafa llena de líquido de color marrón compatible con orina, y abundante basura. En cuanto a las ropas viste calcetines azules, pantalón vaquero azul, slip de color verde, camiseta negra y sudadera gris de rayas blancas. Como datos fisionómicos característicos presenta bigote y barba poblada.

En el suelo de la casa, junto al cadáver, se localiza una receta médica del hospital de la zona sanitaria fechada el 19-2-2020. Dicho documento se encuentra parcialmente conservado, pero son legibles parte de los datos de filiación, su fecha de nacimiento (individuo nacido en 1960, de 59 años), y el número de la tarjeta sanitaria (SIP). Como dato complementario, la recita prescribe dos medicamentos, Paracetamol 1gr y Metoclopramida 10mg, un analgésico y un antiemético.

En el examen externo no se objetiva la presencia de desgarros en las ropas o traumatismos claramente observables, el cráneo se encuentra parcialmente desarticulado a nivel del raquis cervical (con motivo del proceso de reducción esquelética) y el examen preliminar de la cavidad bucal indica que es edéntulo (a nivel maxilar y mandibular). No obstante, en el examen externo craneal llama la atención (como así le había sucedido al equipo policial previamente desplazado al lugar) la presencia de una lesión circular de aproximadamente 2,5 x 2,5 cm situada en la región parieto-occipital izquierda. Dicha lesión, que policialmente había constituido un signo de alarma como eventual herida por arma de fuego, fue descartada inmediatamente tras el examen médico forense, tratándose de una pérdida de sustancia circular de tipo osteolítico, de morfología anfractuosa, y plenamente compatible con una lesión ósea neoplásica secundaria (metástasis ósea). En el resto del cadáver no se observaron otros fenómenos patológicos de interés y, de manera preliminar, a falta de su confirmación en la autopsia, fue

descartada la muerte violenta o muerte sospechosa de criminalidad, en ausencia de signos de violencia. Todo apuntaba a un contexto del éxitus de causa natural, de etiología neoplásica, y en situación asociada de indigencia, sin descartarse una falta de asistencia médica continuada.

2.2. ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO FORENSE.

El estudio antropológico forense se realizó en base a los procedimientos y recomendaciones de la AEAOF [5]. Se procedió al estudio del perfil biológico de sexo a través de un análisis de caracteres morfológicos craneales y pélvicos, además de antropométricos postcraneales (destáquese los siguientes: longitud máxima del fémur izquierdo -410mm-, diámetro vertical de la cabeza femoral -47mm-, diámetro transverso de la cabeza femoral -45,5mm- y anchura de la epífisis distal femoral izquierda -83mm). Se confirmó el sexo varón con un porcentaje de fiabilidad del 90,91%. La estatura, según las tablas de Mendonça (1998) [6], correspondía a un individuo de 155,827± 6,96 cm.

Para el estudio del perfil biológico de edad se tomaron muestras complementarias biológicas de sínfisis del pubis, cuarta costilla y cartílago tiroides. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: una fase VI de desarrollo de la sínfisis del pubis según el método de Brooks y Suchey (1990) [7], una fase 7 de la articulación costoesternal de la cuarta costilla según el método de Iscan et al. (1989) [8], y una fase 9 de osificación completa del tiroides con formación de la ventana anterior y terminación de la osificación de ambas láminas según el método de Vlcek (1980) (cit. Krogman e Iscan) [9]. El conjunto de los tres marcadores permitió establecer un rango de edad adulto maduro entre los 55 y 60 años.

Además del perfil bioantropológico de sexo, edad y estatura también se tomó una muestra complementaria biológica para estudio genético identificativo (fémur izquierdo).

Finalmente, tras el estudio antropológico se descartó la presencia de lesiones cutáneas y óseas de tipo traumático. La integridad de toda la anatomía esquelética en el estudio radiológico previo, y la ausencia de lesiones traumáticas *perimortem* descartaron un mecanismo de muerte violenta o traumática.

2.3. EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA ÓSEA *ANTEMORTEM*.

En el caso que nos ocupa sólo se obtiene información patológica *antemortem* de interés a partir de la presencia de una lesión osteolítica situada en la región parieto-occipital izquierda, de aproximadamente 25 x 25 mm de diámetro, próxima a la línea de la sutura lamboidea, la cual consigue destruir por invasión (Figuras 1-2), y que asocia una reacción perifocal periostítica tanto en exocráneo como endocráneo. Se trata de una lesión en “sacabocados” que destruye completamente el diploe craneal, tanto la tabla externa (Figura 3A) como la interna (Figura 3B).

El estudio radiológico de una resección ósea occipital (la cual incluye la mencionada lesión) (Figura 4), muestra además de la lesión osteolítica primaria, más de una veintena de lesiones plurifocales de morfología circular, con dimensiones variables entre 2-5 mm de diámetro. Estas lesiones sólo son observables a nivel radiológico, no hallándose evidencias de las mismas en el análisis macroscópico craneal. Son lesiones típicas de áreas metastásicas, puramente osteolíticas, y en general, la destrucción ósea aparece en forma de focos bien circunscritos denominados geodas o lesiones en “sacabocado”, con escasa o nula reacción esclerosa circundante [10,11,12]. Así mismo, radiológicamente, el tejido esponjoso de todo el diploe craneal muestra un aspecto reactivo granulomatoso e hiperplásico (Figura 4), del cual sólo se puede visualizar macroscópicamente la reacción periostítica antes mencionada, además de una ligera imagen en “piel de naranja” en la región occipital e interparietal (Figura 1).

IMAGEN 1. Lesión osteolítica exocraneal parietal izquierda de 25x25mm. Obsérvese la periostitis perilesional y la imagen "en piel de naranja" de la tabla externa.

IMAGEN 2. Lesión osteolítica endocraneal parietal izquierda de 25x25mm. Obsérvese la periostitis perilesional y la imagen típica en "sacabocados".

IMAGEN 3. Imagen exocraneal (A) y endocraneal (B) de la lesión osteolítica metastásica con destrucción completa del diploe.

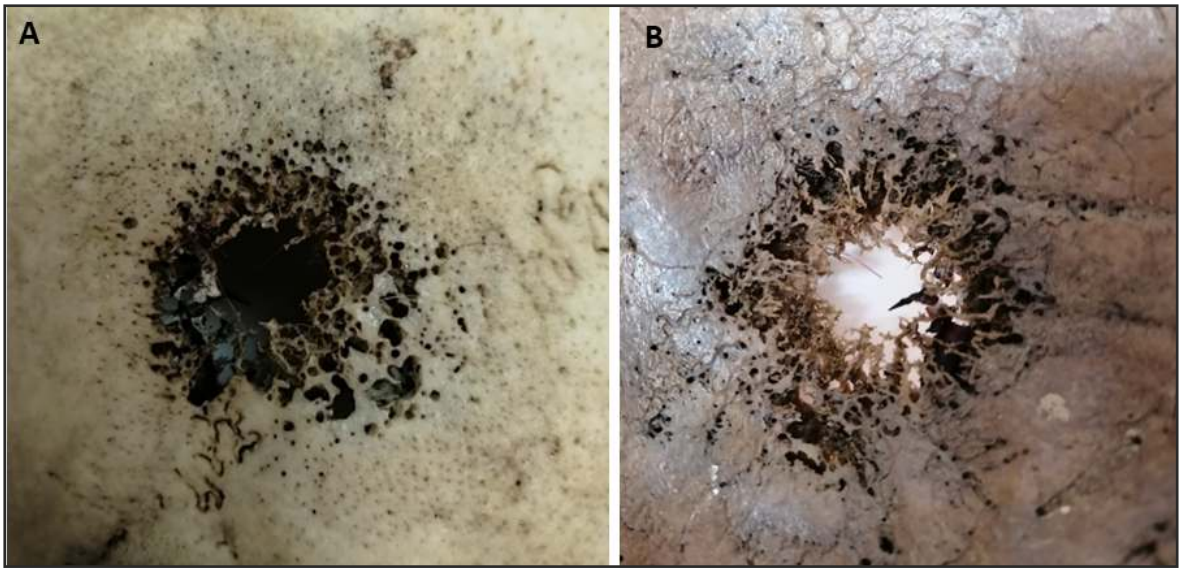
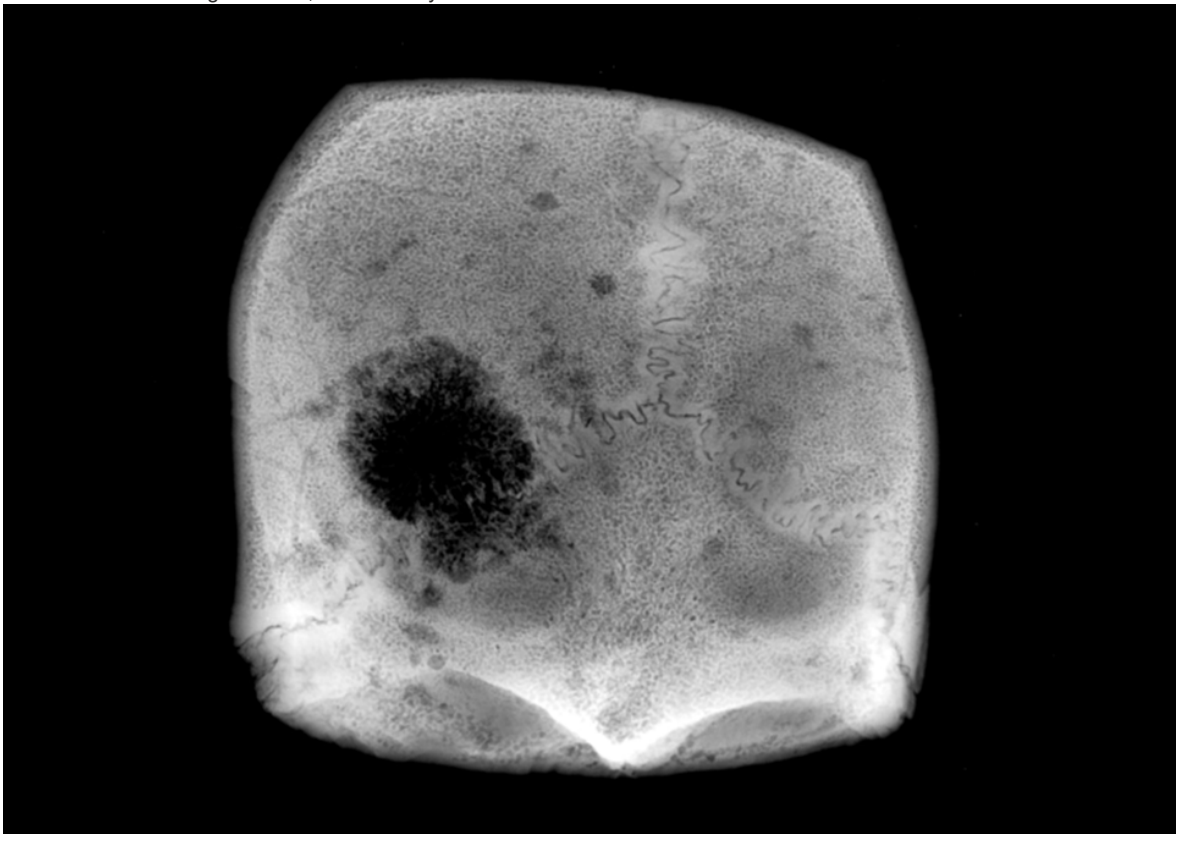


IMAGEN 4. Radiografía occipito-biparietal en la que se observa la lesión osteolítica primaria en “sacabocados” y múltiples metástasis de morfología circular, osteolíticas y bien circunscritas.



Las características morfológicas y radiológicas de la imagen osteolítica principal y de las secundarias corresponden a lesiones neoplásicas de tipología metastásica.

3. CONSIDERACIONES FINALES: ANÁLISIS COMPARATIVO E IDENTIFICATIVO.

En el caso que nos ocupa, el proceso de identificación se llevó a cabo mediante un análisis comparativo del perfil biológico antropológico (varón, 55-60 años, de 155,827 ±6,96 cm de estatura), los datos paramédicos (receta hallada en el lugar de los hechos y los datos de filiación obtenidos de la misma), el hallazgo patológico craneal descrito (metástasis craneales) y la comparación con el historial médico consultado en la historia clínica.

Los datos de filiación de la receta corresponden a un varón de 59 años de edad. En la historia médica destaca como último episodio médico documentado una asistencia hospitalaria fechada el 3-3-2020, en el servicio de Oncología. Se trata de un primer contacto con un diagnóstico posterior de adenocarcinoma de pulmón. Como datos clínicos de interés destacan el hábito fumador crónico, una disfagia de semanas de evolución con náuseas y vómitos, y una pérdida ponderal de 15Kg en los últimos dos meses. Se le realiza TAC body y se objetiva la presencia de masa tumoral en lóbulo pulmonar superior izquierdo de 4x3cm que afecta pleura y mediastino, con múltiples adenopatías mediastínicas, supraclaviculares y paratraqueales, además de enfisema pulmonar. El diagnóstico principal oncológico es un adenocarcinoma de pulmón muy evolucionado con metástasis óseas craneales y hepáticas. Se le practica biopsia hepática siendo el diagnóstico final anatomopatológico un adenocarcinoma pulmonar cT2 cN3 M1c estadio IV.

Las metástasis son la causa más frecuente de neoplasias de cráneo y son originadas principalmente por diseminación hematógena de un tumor primario [10]. Concretamente, las metástasis en la calota representan el 9,7% del total de lesiones óseas metastásicas, siendo el cáncer de mama (20,3%), el de próstata (7%) y el de pulmón (6%), los principalmente involucrados en su etiología. De hecho, el adenocarcinoma de pulmón tiene una tasa de hasta un 31% de metástasis ósea, especialmente en varones entre los 55-65 años [11, 12], rango de edad del cadáver.

A la vista de los datos reseñados en la diligencia de levantamiento de cadáver, el análisis de la historia médica, el estudio antropológico forense y los datos necrópsicos obtenidos, la muerte se estableció como natural, siendo la causa fundamental una neoplasia de pulmón evolucionada (adenocarcinoma pulmonar metastásico grado IV). Por otra parte, con respecto a la siempre complicada estimación de la data de la muerte en cadáveres en mal estado y esqueletizados, los datos paramédicos, la comparación con la historia clínica y el estado de conservación del cadáver, permitieron situar el intervalo postmortal con posterioridad al 3-3-2020, siendo compatible el éxitus aproximadamente en torno a 8-12 meses antes del momento del levantamiento (en mayo de 2021).

Finalmente, y para concluir, se pone en valor la necesidad del estudio antropológico forense en todos los cadáveres en mal estado. En el caso expuesto, el estudio del perfil biológico compatible y las lesiones osteolíticas craneales neoplásicas, en correlación con los datos paramédicos obtenidos en el lugar del hallazgo del cadáver, así como la comparación con los datos extraídos de la historia clínica, permiten establecer una identificación prácticamente plena, sin necesidad de completar con nuevos estudios identificativos (genéticos).

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. José A. Madrid (Laboratorio de Documentación y Registro, Instituto Universitario para la Restauración del Patrimonio, Universidad Politécnica de Valencia), por su asistencia en la imagen radiológica.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

4. BIBLIOGRAFÍA.

1. SANABRIA C. Antropología forense: procedimientos para la identificación de cadáveres. En: Morales ML, Niño E. Identificación de cadáveres en la práctica forense. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2009, p. 67-94.

2. RAMÍREZ A, CARNICERO MA, BAIGORRI MC, ETXEBERRIA F. El valor de la patología ósea en la identificación personal, a propósito de un caso de espondilitis anquilosante. Cuad. Med. Forense. 2000; 22:53-58.

3. DORADO E, CAMPOS G, RUIZ-TAGLE E, LÓPEZ J. Lesiones cariosas. Un valor identificativo. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense. 2021; 29:47-51.

4. DONCEL A, MAJÓ J. Tumores óseos en atención primaria. Med Integral. 2003; 41(3):145-150.

5. SERRULLA F (coordinador). Recomendaciones en Antropología Forense. Verín (Ourense): Asociación Española de Antropología y Odontología Forense; junio 2013.

6. MENDONÇA MC. Contribución para la identificación humana a partir del estudio de las estructuras óseas. Determinación de la talla a través de la longitud de los huesos largos. Madrid: Tesis Doctoral Universidad Complutense; 1998.

7. BROOKS S, SUCHEY J. Skeletal age determination base don the os pubis. Human Evolution. 1990; 5(3): 227-238.

8. ISCAN MY, LOTH SR, WRIGHT RK. Age estimation from the rib by Phase Analysis: White Males. Journal of Forensic Sciences. 1984; 29:1094-1104.

9. KROGMAN WM, ISCAN MY. The Human Skeleton in Forensic Medicine. Springfield: Charles C. Thomas Publisher; 1986.

10. FUNES T, JALÓN P, GONZÁLEZ-ABBATI S, ZANINOVICH R, FERNÁNDEZ M, STELLA O. Metástasis en calota. Rev. Argent. Neuroc. 2010; 24:144-146.

11. BRAUN B, AKASBI M, DÍAZ M. Imágenes osteolíticas en calota craneal. Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas (REEMO). 2000; 9(6):244-245.

12. AKASBI M, BRAUN B, DÍAZ M. Lesiones osteolíticas en cráneo en paciente mayor. Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas (REEMO). 2001; 10(4):142-144.