


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various symbols. The shield is flanked by two columns. The outer ring of the seal contains the Latin text "LETTERAS OIBUS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA CONGUTEMALENSIS INTER".

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS SOBRE EL  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE  
POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

EDGAR ESTUARDO GARCÍA VILLAFUERTE

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Forenses  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Forenses

Abril 2017





ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.212.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Edgar Estuardo García Villafuerte

Carné Universitario No.: 100017508


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Forenses, el trabajo de TESIS **EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS SOBRE EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

Que fue asesorado: Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban MSc.

Y revisado por: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales MSc.


Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **abril 2017**

Guatemala, 21 de marzo de 2017

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

mdvs



Guatemala, 12 de octubre de 2016

Doctor  
Alvaro Giovany Franco Santisteban MSc.  
Coordinador Específico  
Maestría en Ciencias Forenses  
Presente.

Respetable Doctor Franco Santisteban:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: Edgar Estuardo García Villafuerte carné 100017508, de la carrera de Maestría en Ciencias Forenses, el cual se titula **"EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS SOBRE EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT"**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. García Villafuerte, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban MSc.

Asesor de Tesis



Guatemala, 12 de octubre de 2016


Doctor  
Álvaro Giovany Franco Santisteban MSc.  
Coordinador Específico  
Maestría en Ciencias Forenses  
Presente.

Respetable Doctor Franco Santisteban:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: Edgar Estuardo García Villafuerte carné 100017508, de la carrera de Maestría en Ciencias Forenses, el cual se titula **"EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS SOBRE EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. García Villafuerte, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Mynor Iván Gudiel Morales MSc.

Revisor de Tesis

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	REUMEN	
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	OBJETIVOS	26
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS	27
V.	RESULTADOS	34
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	41
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VIII.	ANEXOS	47

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Características de los residentes del Postgrado	34
Tabla 2:	Conocimiento sobre el certificado médico de defunción	35
Tabla 3:	Coeficiente de correlación de Spearman	36
Tabla 4:	Conocimiento del certificado de defunción según sexo	37
Tabla 5:	Conocimiento del certificado de defunción según edad	38
Tabla 6:	Conocimiento del certificado de defunción según grado de residencia	39
Tabla 7:	Conocimiento del certificado de defunción según Universidad que acredita título de pregrado	40

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1:	Conocimiento sobre el certificado médico de defunción	35
Gráfica 2:	Coeficiente de correlación de Spearman	36
Gráfica 3:	Conocimiento del certificado de defunción según sexo	37
Gráfica 4:	Conocimiento del certificado de defunción según edad	38
Gráfica 5:	Conocimiento del certificado de defunción según grado de residencia	39
Gráfica 6:	Conocimiento del certificado de defunción según Universidad que acredita título de pregrado	40

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el conocimiento teórico-práctico sobre el certificado médico de defunción de los estudiantes de postgrado de ortopedia y traumatología del Hospital Roosevelt. **Método:** Estudio descriptivo transversal. Se tomaron los 20 estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del hospital Roosevelt y fueron evaluados por medio de un instrumento de recolección de datos. **Resultados:** El porcentaje de estudiantes que no tenían conocimientos adecuados teóricos sobre el certificado médico de defunción fue del 75%, siendo mayor al porcentaje de residentes con conocimientos inadecuados prácticos sobre el certificado de defunción (65%). Se observó que los residentes con edades entre 25 a 29 años poseían mayor conocimiento en preguntas teóricas y similar conocimiento en preguntas sobre práctica. Los residentes grado III fueron los que tenían mayores conocimientos tanto en preguntas sobre teoría como de práctica. **Conclusión:** Los estudiantes evaluados poseen poco conocimiento sobre el certificado médico de defunción.





## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente está fuera de toda discusión que la Medicina Legal es una de las disciplinas médicas presente, de una forma constante, en cualquiera de los aspectos relacionados con el ejercicio de la Medicina, con absoluta independencia de la especialidad médica de la cual se trate.

Gran parte del tiempo correspondiente al trabajo del médico se invierte en un espacio puramente administrativo, mediante la cual se ve obligado, tanto legal como deontológicamente, a realizar diversos escritos en forma de impresos, formularios o de otro tipo de documentos que sirven fundamentalmente para relacionar al médico con las diferentes administraciones, autoridades o con los propios particulares. Estos tipos de escritos son los que conocemos como documentos médico-legales.

Estos documentos tienen una gran importancia médico-legal, por lo que es importante efectuarlos correctamente. Los más importantes en médicos asistenciales son la receta, el certificado médico de defunción, la Enfermedad de Declaración Obligatoria, los partes de lesiones y de Incapacidad laboral.

Es importante realizar correctamente la receta médica, tanto en sus diversos apartados como el añadir la firma del médico si se produce una enmienda. Es necesario rellenar tanto el certificado médico oficial de defunción como el boletín estadístico de defunción, ya que cada documento tiene una finalidad característica y son independientes.

Los casos de muerte por accidente, envenenamiento o violencia son judiciales, será el médico forense quien certifique la muerte después de practicar la autopsia. Tanto los partes, oficios, certificados, informes deben ser claros, sencillos, concisos y redactados en un lenguaje comprensible y actualizado.

La expedición del “Certificado de Defunción en instituciones públicas y privadas en la actualidad es un motivo de dudas, resquemores y, en no pocos casos, conflictos para la comunidad médica” (Comisión de Documentación Clínica., 2003). A partir del desconocimiento médico de la reglamentación, se suscitan inconvenientes por la negativa del profesional a realizarlo sin tener en cuenta que es su obligación salvo las condiciones que impiden al médico interviniente su elaboración. Agregado a ello, existen también asociación

entre funerarias y algunos médicos para otorgar este certificado en aquellos casos en los cuales no ha habido galeno interviniente, siendo entregado el certificado previo pago de la familia por dicho servicio, con la firma y sello de un profesional que no ha evaluado al cadáver y que, en muchas oportunidades ni siquiera saben de su existencia. Por ello, ha sido necesario otorgar un marco de regulación para la expedición de estos certificados y para la actividad médica al respecto.

En cuanto a la “importancia epidemiológica basta señalar que es la fuente de los datos nacionales de mortalidad” (Ley de Acceso a la Información Pública comentada decreto No.57-2008). De ahí, la trascendencia de este acto médico, que tiene consecuencias para la salud pública, lo que determina la obligación ética de expedir certificados de defunción de calidad.

Comenzaremos analizando nuestro tema desde su origen de línea de investigación hasta su respectivo análisis de lo singular a lo particular, luego veremos el porqué de la realización de esta investigación y la necesidad que impera en nuestro país.

Posteriormente determinaremos el objetivo general del trabajo y sus objetivos específicos, luego haremos el planteamiento del problema del tema tratado, pasaremos al marco teórico que abarca el tema, subtema y objeto de la investigación; así como también la unidad de análisis donde se desarrollará este trabajo. Posteriormente terminaremos este trabajo fundamentando toda la información en una amplia recopilación de fuentes bibliográficas.



## II. ANTECEDENTES

La Medicina, arte y ciencia, se ejerció en sus orígenes guiada por el “Principio Ético de la Beneficencia: ponerse en el lugar del enfermo y hacer por él lo que se considere más favorable” (Aulló Chaves M, Pelayo Pardos S., 2000, p. 9), actuar como si fuese yo mismo el que ocupara su lugar. Durante muchos siglos fueron los propios médicos los que se autoimpusieron unas exigencias éticas inspiradas en el respeto a los enfermos (Juramento Hipocrático). El siglo XV trajo el gran paso hacia el pensamiento moderno, el reconocimiento de la dignidad universal del ser humano, origen del derecho a la vida y a la libertad, como derechos individuales comunes a todas las personas, con igual naturaleza e igual dignidad. Con el tiempo se incorporaron otros derechos individuales y de carácter social como el derecho a la propiedad, al trabajo en condiciones dignas, a la cultura, a la protección de la salud, o a la asistencia sanitaria, etc.

Todo esto tuvo una repercusión importante en la relación médico-enfermo, en la que la Autonomía de la persona sirve de base a su derecho a decidir lo que es más favorable para ella, y a recibir una información suficiente y clara sobre su estado de salud y las alternativas terapéuticas para la mejoría o curación. La “Beneficencia (propia del médico) y la Autonomía (propia del paciente) se complementan con el Principio de Justicia (propio de los ciudadanos)” (Cantero Rivas R., 2004, p 327) que debe buscar que los recursos aportados por todos se distribuyan de forma justa, buscando el mayor beneficio para el mayor número de personas, sin olvidar las necesidades de grupos minoritarios o el de seres humanos sin capacidad de defenderse o de expresarse. La armonía entre estos tres Principios Éticos debe ser el objetivo de todo acto médico.

De esta manera se han ido configurando una serie de Documentos que alcanzan la categoría de médico-legales, porque son elaborados por un médico, surgen de la relación médico-paciente o médico-usuario y, según la finalidad que se les dé, pueden surtir efectos ante los tribunales administrativos o de justicia con consecuencias importantes para las partes interesadas.

Otro aspecto de los documentos médico-legales está ligado al ejercicio de la “Medicina Legal y Forense” (INACIF, 2012), especialidad médica surgida a mediados del siglo XIX; es la Medicina al servicio de los Tribunales de Justicia, la Medicina que explica a los Jueces los

aspectos médicos de los asuntos que se someten a su juicio, la Medicina que traduce a lenguaje comprensible los difíciles términos médicos de las enfermedades, las lesiones, las secuelas, la causa de la muerte, o la naturaleza violenta o natural del mecanismo de producción de un daño a la vida o a la salud.

Esta forma de ejercicio médico se vale como instrumento de documentos escritos de carácter directamente judicial como la Declaración de Autopsia, o la de Sanidad en la que se determinan las secuelas resultantes cuando curan las lesiones.

El ámbito en el que se generan los Documentos Médico-Legales es muy variado. Todos ellos recogen el resultado de un acto médico, el primer beneficiado es el paciente o sus familiares, pero con frecuencia, a través de ellos se proporciona una información necesaria para que los tribunales conozcan la realidad médica de cada caso y emitan Resoluciones o Sentencias acorde con la situación clínica del paciente o con los daños y perjuicios reales que hubiera sufrido.

Estos Documentos se elaboran en el ejercicio médico diario de Centros de Salud en Atención Primaria, en Centros Hospitalarios, en Clínicas o Consultas privadas, y, en general, allí donde se realice actividad asistencial. Son documentos que tienen una finalidad específica y una estructura formal y de contenido específica. Su regulación legal abarca desde el Código penal (tipificación de la falsedad documental) hasta una amplia normativa civil y administrativa nacional y autonómica. Por todo ello, el dominio y la capacitación del médico respecto a estos instrumentos asistenciales y legales es obligatorio y muy complejo.

El médico actual se enfrenta a una relación médico-paciente en la que el paciente espera un servicio de calidad, científico, respetuoso y útil, y en no pocas ocasiones, unos resultados concretos.

Todo ello crea en el Médico unos deberes legales y éticos entre los que está un adecuado conocimiento de los derechos de los pacientes y usuarios en materia de documentación clínica. Esto le facilitará el cumplimiento de su deber legal, y el paso a la exigencia ética de personalizar en cada caso para que la documentación que emita se corresponda con las circunstancias reales del paciente estudiado, al tiempo que sea, dentro de la verdad, la más favorable para ese paciente.

## **2.1 Medicina Forense:**

La medicina forense es una de las ramas más conocida de esta ciencia, aquella que se ocupa de determinar elementos y datos relacionados con el estado de un cuerpo luego de que el mismo ha sufrido alguna situación que provocó su muerte.

La “medicina forense” (Gisbert Calabuig J. A., 2004) se ocupa de trabajar directamente con el cuerpo y a través de este análisis es que puede analizar no sólo la causa de la muerte si no también otros elementos varios como el horario aproximado en el que tal evento tuvo lugar, los elementos que se usaron para causar la muerte, si la persona ofreció resistencia o no, en el caso de una muerte no accidental; y además también posibles rastros que haya dejado el asesino en el cuerpo o en el espacio en el que la muerte tomó lugar.

### **2.1.1 Utilidad de la medicina forense:**

En este sentido, la medicina forense tiene una conexión directa y muy frecuente con el ámbito de la jurisprudencia, la ley y la justicia y esto es así porque de las aseveraciones, afirmaciones y pautas que los médicos forenses establezcan es que dependerá posteriormente el accionar de los profesionales de la justicia que buscarán al acusado o que tratarán de defenderlo en caso de que una persona acusada sea inocente.

### **2.1.2 Importancia de la medicina forense:**

La importancia de la medicina forense es crucial a la hora de resolver diferentes casos en los que se produce el fallecimiento de una persona. En muchas ocasiones, la examinación forense toma lugar para determinar si la muerte fue un homicidio o no, por ejemplo en casos en los que eso no queda claro. Sin embargo, en muchos otros casos, cuando se corrobora que se habla de un homicidio, la “medicina forense se pone en marcha para tratar de obtener del cuerpo en cuestión la mayor cantidad de información que permita a jueces y fiscales encontrar al culpable y encarcelarlo” (INACIF, 2012).



## **2.2 Concepto de documento:**

No resulta fácil dar una definición de documento, ya que variará dependiendo de si se hace según criterios etimológicos o bien atendiendo a su origen temático.

Etimológicamente «documento» procede del vocablo latino «documentum» derivado del verbo «docere», que significa enseñar. Según indica el diccionario de la Real Academia el término «documento» tiene varias acepciones, entre las que podemos recoger: «instrucción que se da a uno en cualquier materia», «diploma, carta o escrito que ilustra acerca de algo», «cualquier cosa que sirve para comprobar algo», «escritura o papel autorizado con que se prueba o hace constar una cosa». En definitiva, el documento es un objeto y está destinado a un fin concreto y específico, pudiendo considerarse como instrumento o escrito con el cual se procura una confirmación o justificación a alguna determinada cosa o cuestión.

Si la definición la hacemos atendiendo a su origen temático, en referencia al contenido y al soporte, entonces el documento puede considerarse como todo tipo de información registrada, independientemente de cual sea su forma así como el medio utilizado.

Dejando atrás un poco estas apreciaciones, que por otro lado considero básicas, un documento es todo escrito que ilustra acerca de algún determinado hecho.

Pero para que este “documento sea dotado de legalidad” (Comisión de Documentación Clínica., 2003) debe tener unas características claramente especificadas, que básicamente son:

- que sea escrito;
- que pueda ser atribuido a una persona;
- que esté destinado a entrar en el tráfico jurídico y
- que sea adecuado a la producción de efectos jurídicos, ya sean administrativos, registrales, ejecutivos e incluso probatorios.

Pero aún hay más, pues para que tenga validez, es necesario que cumpla con los requisitos de forma y de fondo que quedan establecidos en nuestro ordenamiento jurídico, relativo a cada tipo documental.

### **2.3 Documento Médico Legal:**

El médico en numerosas ocasiones, y por razón de su oficio, está obligado, por normativas legales, a dejar constancia por escrito del resultado de sus actuaciones, bien como objetivo de carácter exclusivamente administrativo o bien con carácter oficial. Este acto queda constatado en los denominados documentos médico-legales, que podríamos definir como “todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona” (Información y Documentación Clínica, 2003).

Son denominados así porque son de exclusiva utilización por parte de los médicos, aunque, como veremos más adelante, hay algunas excepciones por las cuales algunos también pueden ser utilizados por otros profesionales sanitarios. Y tienen la catalogación de legales, porque adquieren legalidad ante las autoridades, ya sean sanitarias, administrativas o judiciales. A este respecto hay que indicar que aunque no todos los documentos médico-legales tienen carácter judicial, eventualmente pueden adquirirlo como consecuencia de determinadas circunstancias.

Si analizamos los documentos médico-legales desde la perspectiva administrativa, claramente cumplen los requisitos, pues son emitidos por “funcionarios públicos en el marco de su competencia” (Real Decreto 1030/2006) y cumplen con las solemnidades legales. Mediante los mismos, se da fe de un determinado hecho conocido por el médico dentro de su actividad (por ejemplo, cuando el médico emite partes de bajas laborales).

#### **2.3.1 Características generales:**

Son muy diversos tanto en su estructura como en su finalidad.

En cuanto a la forma de redactarlos es muy variada y estará en relación con el propio contenido del documento que se quiera hacer constar, pero siempre deben caracterizarse por una redacción en estilo claro, letra clara y legible, sencillo además de conciso y siempre tratando de buscar como finalidad el facilitar su comprensión a los destinatarios, teniendo en cuenta que, habitualmente, éstos no pertenecen al mundo de la salud.

Respecto al “modo de redacción” (Información y Documentación Clínica, 2003), hay que indicar que si analizamos la evolución de los documentos podremos apreciar que ésta ha sido y sigue siendo muy variada.

Para finalizar este apartado, se hace preciso hacer mención a la estructura de los documentos médico-legales. De forma genérica, hay que indicar que en todos ellos deben constar cuatro apartados claramente diferenciados:

- Encabezamiento; con el título del documento y membrete de la institución u organismo desde la que se emite el referido documento.
- Cuerpo del documento que incluye:
  - Datos de identificación.
  - Datos relativos a la solicitud.
  - Datos relativos a la notificación.
- Lugar y fecha en que se formalizó el documento, así como la firma del médico que redacta el documento.
- Identificación del destinatario (autoridad judicial, sanitaria, administrativa...).

#### **2.4 La Historia Clínica como Documento**

Es el “documento científico, técnico y jurídico más importante, que lleva a cabo cualquier médico y/o equipo de salud, en el cual quedan registrados todos los actos asistenciales” (Aulló Chaves M, Pelayo Pardos S., 2000), por lo que constituye hoy en día uno de los elementos de mayor calado en la relación médico-paciente.

Basados en esta apreciación, podemos otorgarle una doble dimensión. Por un lado, como documento esencialmente médico-clínico y por otro como documento con un evidente valor probatorio.

La historia clínica en el ámbito asistencial, a diferencia de otro tipo de documentos, “debe considerarse como un instrumento abierto e integral sin fragmentación de los componentes tanto biológicos, como psíquicos y sociales” (Gisbert Calabuig J. A., 2004), y por ello no es algo limitado, sino que se va completando de forma continuada en el tiempo, según vaya siendo necesario.

No está limitada simplemente a ser una narración o exposición de hechos, sino que se incluyen juicios, documentos, procedimientos e información y consentimiento del paciente, todos ellos de una forma convenientemente estructurada y ordenada.

La “Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en



materia de Información y Documentación Clínica” (Ley 6/2006) regula, básicamente, aspectos relacionados con la Historia y Documentación Clínica y por ello establece el marco jurídico de ésta en torno a tres pilares fundamentales; derechos de los pacientes, ejecución y desarrollo de dicha ley por parte de las diferentes Comunidades Autónomas así como protocolos que en el futuro se vayan desarrollando por parte de los diferentes centros sanitarios.

En el campo sanitario, “su cumplimentación es obligada tanto para los servicios sanitarios de carácter público como para los privados” (Gisbert Calabuig J. A., 2004), además hay que tener en cuenta que su competencia no es exclusiva del médico, sino que se extiende a los demás profesionales sanitarios que tengan participación en los referidos actos asistenciales (exploratorios, diagnósticos, terapéuticos...).

Tiene repercusiones directas tanto en los derechos como en los deberes que afectan al paciente y a los profesionales sanitarios. No en pocas ocasiones es fuente generadora de conflictos, por lo cual se considera como una prueba material esencial en aquellos procedimientos judiciales que se siguen por responsabilidad profesional médica. El tema ha adquirido tal extensión, que jurídicamente y con el fin de proteger al paciente, se establece una presunción de culpabilidad hacia el médico cuando la historia clínica de un paciente desaparece, aparece incompleta o está corregida o enmendada.

## **2.5 Declaración Obligatoria De Enfermedades:**

La “vigilancia epidemiológica en salud pública” (Ley de Acceso a la Información Pública comentada decreto No.57-2008), consiste en la recogida y el análisis de la información epidemiológica con el fin de poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y el espacio y contribuir a la aplicación de medidas de control individual y colectivo de los problemas que supongan un riesgo para la salud. Con esta finalidad se ha estructurado un sistema de notificación obligatoria de enfermedades y brotes epidemiológicos, conocido como sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). En 1995 se crea la “Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica” (Consejería de Bienestar Social. 2007) para coordinar e intercambiar información epidemiológica tanto a nivel nacional como internacional. Existe un sistema básico (notificación obligatoria de enfermedades, situaciones epidémicas, brotes) y sistemas específicos para el sida, enfermedades inmunoprevenibles, etc.

## **2.6 Documento de Voluntades Anticipadas**

La expresión anticipada de voluntades se concreta en un documento, conocido como “Documento de expresión anticipada de voluntades” (Comisión de Documentación Clínica., 2003). Su reconocimiento legal así como los términos quedan regulados tanto en la Ley de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente y definido como un “documento emitido por una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente y libremente, dirigido al médico responsable de su asistencia, en el cual expresa las instrucciones sobre sus objetivos vitales, valores personales y las actuaciones médicas que deberán ser respetados cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad” (Ley 6/2006).

El fundamento, de este documento médico-legal, se basa en el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, la cual se prolonga cuando éste no puede decidir por sí mismo. Básicamente recoge las instrucciones referidas a las actuaciones médicas, en referencia tanto a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece, como a las que eventualmente pudiera sufrir en el futuro, además de incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica que desea recibir, a las que no desea recibir y a otras cuestiones relacionadas con el final de la vida.

## **2.7 Documento de Consentimiento Informado:**

Antes de referirnos al Documento de Consentimiento como tal, considero oportuno establecer los fundamentos y la naturaleza del Consentimiento Informado (C.I.).

Hasta la década de los años 70 del pasado siglo XX, siguiendo una tradición de la medicina hipocrática, la relación médico-paciente estaba basada en el denominado “principio de beneficencia paternalista” (Echezarreta Ferrer M., 2002), por el que se trataba de procurar el mayor bien posible al paciente, dejando a éste en una actitud pasiva frente a su enfermedad a la vez que al médico en una situación de superioridad.

A partir de esa década se han ido reconociendo una serie de derechos individuales del ciudadano y con ello una participación activa en los diferentes ámbitos de la vida. Desde el punto de vista bioético, apareció un nuevo principio en el que se debe basar tanto la forma de actuar como de pensar, que no es otro que el principio de autonomía, basado en la afirmación del paciente para adoptar decisiones de una forma libre.

De esta forma aparece un nuevo modelo de relación médico-paciente, cuyos fundamentos son el principio ético de autonomía así como la capacidad de deliberación y de participación con el paciente donde el Consentimiento Informado (C.I.) se constituye en uno de sus más claros exponentes. Todo Consentimiento tiene que tener una serie de características:

1. Se trata de un proceso continuado y verbal, aunque se establece que sea escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y terapéutico invasores, y en general, procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Con independencia de la forma de prestación, debe quedar constancia de forma adecuada, en la historia clínica, la información facilitada al paciente durante su proceso asistencial.

2. Voluntario. Como la propia definición recoge se trata de una conformidad expresa manifestada de forma voluntaria y libre. Por tanto, no debe existir coacción ni manipulación de la información, aunque sí puede ser legítima la específica orientación u opinión, por parte del médico, cuando el paciente tenga dificultades para entender y comprender. Por ello hay que tener mucha precaución y mantener en cada situación una correcta actuación ética, pues el límite entre la información y la posible coacción y/o manipulación a veces se pueden superponer.

3. Información suficiente y comprensible, de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas. Esta información se proporcionará de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Además debe darse en términos comprensibles y adecuándose a las necesidades y a los requerimientos del paciente y adaptada al nivel sociocultural del paciente, con la debida antelación a la actuación médica específica, que le permita ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

En este apartado también hay que considerar que “el paciente tiene derecho a no ser informado y a que no se transmita información sobre su estado de salud o enfermedad a las personas con él vinculadas ni a terceras personas” (Comisión de Documentación Clínica., 2003), siempre que tal circunstancia sea recabada por el médico responsable y quede constancia escrita en la historia clínica. Si el paciente acepta que se facilite esta información, el médico responsable lo hará constar en la historia clínica con indicación de los destinatarios que podrán recibir dicha información.

4. Competencia y capacidad de comprensión por parte del paciente. Es interesante este apartado y cabe tener en cuenta diferentes situaciones.

- Si el paciente está incapacitado judicialmente, la decisión debe ser tomada por representación con poder legal o en su defecto la prestarán las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.
- Si el paciente, a criterio del médico que le asiste, no tiene capacidad para entender la información a causa de su estado físico y/o psíquico de una forma transitoria o temporal o bien de forma crónica, igualmente la información se dará al representante con poder legal o en su defecto la prestarán las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.
- Si se trata de “Menores de edad, hay que tener en cuenta que la actual legislación establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años” (Consejería de Bienestar Social. 2007, por lo que con esta edad no cabe prestar el consentimiento por representación. En otros casos será preciso adaptar la información al grado de madurez.

5. Deliberación y decisión. Una vez recibida la correspondiente información, el paciente estará en disposición de actuar consecuentemente, es decir, mediante la aceptación o rechazo del tratamiento. La decisión de rechazo no conlleva una negación al paciente sobre los cuidados o atención médica que precise o se estimen oportunos.

6. Obligatoriedad: Aunque hemos indicado la obligatoriedad actual del consentimiento informado “en la práctica asistencial diaria, también hemos de indicar que existen excepciones, las cuales permiten actuar sin cumplir los requisitos básicos de la misma” (Información y Documentación Clínica, 2003). Estas son: grave peligro para la salud pública, situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente.

### **2.8 Informes Clínicos:**

- Informe de alta.
- Alta voluntaria y alta forzosa del paciente.
- Certificación acreditativa del estado de salud.

### **2.8.1 Informe de Alta:**

El informe clínico de alta es una herramienta fundamental de evaluación de la calidad asistencial, por el que en otras cuestiones se da cumplimiento al derecho de información de los pacientes y que se hace extensible a otros niveles sanitarios (médico de atención primaria, médico especialista u otros centros sanitarios).

La Comisión de Documentación Clínica., (2003), hacen mención a éste documento indicando que “al finalizar el proceso asistencial en un centro sanitario, todo paciente o persona a él vinculada, tendrá derecho a recibir de su médico responsable un informe de alta que especifique, al menos, los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas, o cualquier otra información, si esta es relevante, de la intervención en la actividad asistencial de cualquier otro profesional sanitario”

Además de establecerse el contenido del presente Documento, se establecen que tanto las características, requisitos y condiciones de los Informes de Alta se determinarán reglamentariamente.

El informe clínico de alta se debe entregar en mano al paciente o, por indicación del médico responsable al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del Centro Sanitario. En el caso de que por algún motivo falten datos para entregar el informe de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido en su día por el definitivo teniendo que ser remitido de la forma anteriormente indicada. La copia, del referido informe de alta, quedará archivada de tal manera que sea fácilmente localizable y relacionable por medio del Libro de Registro.

Los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta serán:

1. Estar escrito en ordenador o a máquina o con letra claramente inteligible.
2. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial:
  - a) Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.
  - b) Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.
  - c) Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.



3. Referidos a la identificación del paciente:

- a) Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.
- b) Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).
- c) Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.

4. Referidos al proceso asistencial:

- a) Día, mes y año de admisión.
- b) Día, mes y año de alta.
- c) Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.
- d) Motivo inmediato del ingreso.
- e) Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.
- f) Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.
- g) Diagnóstico principal.
- h) Otros diagnósticos, en su caso.
- i) Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en su caso. En caso de parto, se especificará para cada producto de la concepción, su peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.
- j) Otros procedimientos significativos, en su caso.
- k) Recomendaciones terapéuticas.

En este apartado me parece oportuno hacer una breve reseña a una cuestión que puede o de hecho genera dudas acerca de la responsabilidad que tiene el médico que firma los Informes de Alta.

Si “el médico responsable de un paciente no está presente en el momento de dar el alta

hospitalaria, otro médico puede firmar sus informes aunque no haya seguido personalmente el proceso patológico” (Consejería de Bienestar Social., 2007), pero teniendo en cuenta que asume la responsabilidad del contenido del Informe.

Por otro lado el médico no responsable del paciente, puede negarse a firmar unos informes basados en resultados o tratamientos que no ha supervisado directamente, pues se entiende que la responsabilidad final del informe es del profesional que lo firma.

De todas maneras y aunque la norma es la indicada, con la finalidad de no resultar drástico, se ha de matizar cada caso, teniendo en cuenta la situación así como la trascendencia del informe y la confianza y profesionalidad de los colaboradores que han proporcionado los datos y/o resultados.

### **2.8.2 Alta Voluntaria y Alta Forzosa del Paciente:**

Otro de los documentos que se pueden generar, es el denominado “Documento de Alta Voluntaria y el de Alta Forzosa del paciente” (Información y Documentación Clínica., 2003), que no hacen sino confirmar lo que ya en la Ley General de Sanidad del año 1986 se establecía como derecho del paciente “a negarse al tratamiento...debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria”.

Los pacientes o usuarios estarán obligados a firmar el alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento prescrito. El documento que se genera para este tipo de situaciones es el conocido como “Egreso contraindicado” (Información y Documentación Clínica., 2003) es el documento por el que el paciente, o el responsable legal del mismo, deja constancia de su decisión, en contra de la opinión de los médicos que lo atienden, de abandonar el centro sanitario donde permanece ingresado, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse. Deberá ser firmado por el interesado y por el médico responsable, debiendo constar el DPI, pasaporte o permiso de residencia de aquél, y la fecha y hora en que se da el alta. Si el paciente lo desea, podrá expresar en él los motivos de su decisión.

Del mismo modo se dispone la forma de actuar ante el caso de que por parte del paciente haya una negativa a la firma de la hoja de alta voluntaria. En estos casos, la Dirección del Centro Sanitario, a propuesta del médico responsable, y una vez comprobado el Informe Clínico correspondiente, oirá al paciente, y si persiste en su negativa podrá ordenar el alta

forzosa, poniéndolo en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme o revoque la decisión.

Como ya se ha indicado con anterioridad, el hecho de no aceptar el tratamiento propuesto, por parte del paciente, no da lugar al alta forzosa, siempre que existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.

## **2.9 Certificación Acreditativa del Estado de Salud:**

Entre los derechos y deberes de los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario se establece como derecho que se les extienda “certificación acreditativa de su estado de salud” (Información y Documentación Clínica., 2003), cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

Esta acreditación del estado de salud, se plasma en la redacción de un Certificado Médico de tipo Ordinario, siendo necesario remitirse al capítulo correspondiente, donde se da explicación extensa del tema.

## **2.10 Estructura general de la receta médica:**

La receta médica consta de dos partes:

- El cuerpo de la receta, destinado al farmacéutico, y
- El volante de instrucciones para el paciente (el volante de instrucciones para el paciente será separable y claramente diferenciable del cuerpo de la receta destinado al farmacéutico).

### **2.10.1 Datos a consignar en la receta médica**

En las dos partes que componen la receta médica deberá figurar o se consignará obligatoriamente:

- a. Nombre y dos apellidos del médico prescriptor.
- b. Población y dirección donde ejerza. La referencia a establecimientos, instituciones u organismos públicos solamente podrá figurar en las recetas

oficiales de los mismos.

c. Número de colegiado o código de identificación asignado por su Servicio de Salud y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza.

En ambas partes de la receta se consignará igualmente como datos inexcusables para su validez:

- a. Nombre y dos apellidos del paciente y su año de nacimiento.
- b. Código de identificación del paciente asignado por su Servicio de Salud.
- c. Medicamento o producto objeto de la prescripción, bien bajo denominación genérica o denominación común internacional de la Organización Mundial de la Salud cuando exista, o bajo marca comercial con expresión de su naturaleza o características que sean necesarias para su inequívoca identificación.
- d. Forma farmacéutica y dosificación.
- e. Vía de administración.
- f. Formato o presentación expresiva del número de unidades por envase o contenido del mismo en peso o volumen.
- g. Número de envases que se prescriban.
- h. Posología, indicando el número de unidades de administración por toma, frecuencia de la toma (días, semana, mes) y la duración del tratamiento.
- i. Lugar, fecha, firma y rúbrica.

La firma y la rúbrica serán las habituales del facultativo, quien las estampará personalmente y después de completados los datos de consignación obligatoria y escrita la prescripción objeto de la receta, con lo cual el médico se hace responsable de los posibles daños y perjuicios que se pudieran derivar.

Se establecen diferentes dudas acerca de si otros sanitarios (enfermeros, psicólogos clínicos...). La "normativa legal vigente" (Proyecto de Real Decreto sobre Receta Médica y Orden Hospitalaria de dispensación., 2006), lo deja bien claro, sólo el médico puede rellenar las recetas médicas, aunque tengan atribuidas competencias por parte de la Administración, sobre todo en lo referido a la cumplimentación de las recetas de los medicamentos en la terapia de larga duración.

En el cuerpo de la receta y dirigidas al farmacéutico, se harán constar las advertencias e información que el médico estime procedentes.

Igualmente, el médico consignará en el volante de instrucciones destinado para el enfermo las que se juzguen oportunas, cuando así lo estime y a su criterio, el diagnóstico.

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios fija los medicamentos que deben dispensarse con o sin receta. En el envase o cartonaje exterior las especialidades farmacéuticas incluyen diferentes símbolos o leyendas, como O ó “con receta médica o sin receta médica” (Proyecto de Real Decreto sobre Receta Médica y Orden Hospitalaria de dispensación).

### **2.11 Certificado Médico de Defunción:**

“Documento a través del cual se acredita el hecho de la muerte de una persona” (Información y Documentación Clínica. 2003); para cuya obtención habrá de acudir al Registro Civil del lugar donde el fallecimiento fue inscrito.

Como consideraciones generales el certificado debe ser rellenado de forma manuscrita, utilizando caligrafía legible, no utilizando siglas o abreviaturas, pues es necesario recordar que el certificado es recogido por personas que no pertenecen al mundo médico ni siquiera sanitario y por tanto desconocen el significado de los términos y, por supuesto, el de las abreviaturas. En él se registran los siguientes datos:

- a) Identificación del cadáver: el “facultativo se asegurará y garantizará la identidad del sujeto” (Código Civil, 1963), bien porque es conocido de ciencia propia o mediante examen de documentación oficial (DPI, pasaporte...). Resaltaría la importancia de este apartado en una sociedad como la actual donde, como consecuencia de la inmigración, este paso pudiera presentar algunas peculiaridades, teniendo siempre en cuenta que si no hay identificación o ésta no se puede llevar a cabo, no se puede certificar la muerte, básicamente porque se desconoce de quien se trata.
- b) Identificación del facultativo que expide el certificado, haciendo constar su graduación académica (Licenciado o Doctor), así como el número de colegiado.
- c) Determinación de la hora de la muerte o data de la muerte. Este dato lo recoge el propio Reglamento del Registro Civil: “con la precisión que la inscripción requiere, fecha, hora y lugar



del fallecimiento” (Código Civil, 1963). A veces la determinación de este dato puede resultar complicada, salvo que el propio facultativo haya presenciado la muerte. Pero en aquellos casos en que ya sea cadáver, será necesario por un lado recabar información de familiares o personas que estuvieran presentes en el momento de la muerte y posteriormente proceder a la exploración del cadáver con el fin de analizar los signos de muerte, mediante la evolución de los “fenómenos cadavéricos” (Reverte J. M., 1999) (enfriamiento, deshidratación, livideces, rigidez cadavérica) para así poder determinar objetivamente la data y confirmar los datos que aportan los familiares u otras personas. Es interesante recordar que modificar la hora de la muerte, por cuestiones variadas, como la complacencia, implica una responsabilidad de tipo penal, que sería incluida como falsedad de documento público.

d) Causa fundamental de la muerte, entendida como la enfermedad o condición patológica que inició las alteraciones y que haya sido la desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. Se reflejará una única causa, aunque en ocasiones pueden ser más de una las causas que iniciaron todo el proceso, debiendo anotarse en este caso por orden de importancia.

e) Causa inmediata del fallecimiento, referida a la enfermedad o condición patológica que ha causado directamente la muerte. No se refiere a la forma de morir, sino a la enfermedad o complicación que haya ocasionado la muerte.

f) Existe en el certificado de defunción un apartado, Observación especial; destinado, según hace referencia el propio certificado, para ser utilizado en casos de que hubiera indicios de muerte violenta, debiendo ser comunicados estos casos de forma urgente al encargado del Registro Civil.

No es práctica habitual utilizar este medio para comunicar tal circunstancia pues, generalmente y de forma más operativa, el médico pone el hecho en conocimiento de la autoridad judicial mediante un Parte Judicial o bien a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Dudas que se plantean respecto a la emisión del Certificado de defunción

- A) Quién debe emitir el Certificado.
- B) Qué tipos de muertes hay que certificar.
- C) Cuándo hay que emitirlo.

### **2.11.1 Quién debe emitir el Certificado de defunción**

Según indica el propio Reglamento del Registro Civil, en su artículo 406 y 408:

“el facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver”.

Este artículo parece responder claramente a la cuestión planteada, por el cual se permite, a la vez que facilita, que el hecho de certificar no sea cuestión exclusiva del médico de cabecera y/o de familia o que incluso debiera haber estado presente en el momento de suceder el fallecimiento, sino que dispone que cualquier médico que reconozca el cadáver pueda emitirlo, siempre que se efectúe una reconstrucción fiable de la secuencia y los mecanismos de muerte.

A pesar de lo anterior, asistimos con relativa frecuencia a una negativa o resistencia por parte de los médicos a emitir el preceptivo y obligado certificado de defunción, alegando pretextos variados, como desconocimiento del proceso patológico o incluso escudándose en que el fallecido no es su paciente; de esta forma, alegan no tener certeza de la causas de la muerte, aunque con cierta frecuencia se trata de pacientes con procesos patológicos de tipo crónico. Con estas actitudes, sin duda alguna, se plantean verdaderos problemas sociales.

Por tanto con esta actitud cada vez más extendida, de negarse a certificar por carecer de certeza médica, estamos transformando la función médica en un verdadero obstáculo que en ocasiones puede ocasionar situaciones no controlables.

### **2.11.2 Qué tipos de muertes hay que certificar**

Al tratarse de un acto médico de tipo asistencial, únicamente se deben certificar las muertes que tengan su origen en causas naturales.

A este respecto me parece interesante hacer una breve reseña acerca de las diferentes clases de muerte:

- Muertes naturales: aquellas que se producen sin la intervención de ninguna fuerza exógena o extraña al organismo y sin que haya concurrencia en su determinación de ninguna violencia, siendo la consecuencia de procesos morbosos inherentes al ser humano sea cual sea su naturaleza y evolución. Dado su origen no debe existir ninguna intervención médico legal o forense.

- Muertes violentas: aquellas que son el resultado final de la intervención de un mecanismo exógeno al individuo. En definitiva son consecuencia de la acción de un agente externo que aparece de forma improvisada en el organismo. Clásicamente estos tipos de muertes pueden ser a su vez accidentales, suicidas u homicidas. En estos casos la intervención médico legal o forense es fundamental.
- Muertes sospechosas de criminalidad: son aquellas que por las circunstancias en las que acontecen (circunstancias del hecho, del propio individuo, forma o mecanismo de producción o por desconocimiento de la causas de la muerte tras la específica valoración clínica) se hacen susceptibles de investigación médico legal o forense. Dentro de este tipo de muertes se pueden establecer diferentes posibilidades:
- Muertes sin asistencia médica: casos de personas de las cuales se desconoce la existencia de procesos patológicos o no presentan historia clínica anterior que pudiera orientar por probables causas de muerte. Este caso puede incluir a personas indigentes, inmigrantes o incluso ancianos que un día son encontrados muertos en su domicilio o en la vía pública, sin detectar signos de violencia, y de los que no se conocen antecedentes patológicos.
- Muertes súbitas: son muertes inesperadas o imprevistas, con apariencia de muerte natural, tras la inspección del cadáver, pero sin conocer el probable origen al no tener constancia de posibles patologías y ocurrir de forma rápida y sorpresiva.
- Muertes en el curso de un proceso patológico con evolución atípica: en estos casos el proceso patológico no es de entidad suficiente como para explicar el mecanismo de muerte, pero dada su evolución podríamos sospechar de la participación de algún agente externo. Un ejemplo de éstos son las intoxicaciones.

Una vez hechas estas consideraciones, la forma de actuar está clara, ya que “el Certificado de defunción única y exclusivamente se podrá emitir en los casos de que la muerte sea determinada como de tipo Natural” (Código Civil, 1963).

Cuando nos encontremos ante muertes violentas o sospechosas de criminalidad, la forma de actuación es la que regula la propia Ley indicando que “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante” (Código Civil, 1963).

Esta comunicación genera la apertura de unas diligencias judiciales de tipo penal, encaminadas a investigar las causas de la muerte, con lo que la intervención médico legal o forense es fundamental, estando supeditada a que: “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” (INACIF 2010).

### **2.11.3 Cuándo hay que emitir el Certificado de defunción**

La legislación establece que: “el facultativo...enviará inmediatamente al Registro parte de defunción” (Código Civil, 1963). A pesar de hablar de inmediatez, no se hace referencia al momento exacto en que debe emitirse el certificado de defunción, estableciéndose las 24 horas siguientes la muerte como el período en el que se deben efectuar las diferentes investigaciones, comprobaciones o averiguaciones, si fueran necesarias, para poder emitir el certificado. Este mismo período es igualmente válido para la realización de las diligencias de inscripción y expedición de la licencia de enterramiento por parte del Registro Civil correspondiente, el cual está sujeto a un horario laboral, ya que no existe período de guardia y por tanto fuera de éste no se efectúan inscripciones ni se expiden licencias de enterramientos.

Por tanto no tiene ninguna finalidad exigir al médico, bien por parte de los familiares del fallecido o por miembros de las empresas funerarias, la emisión de certificados en horario en que el Registro Civil no se encuentre operativo para expedir las correspondientes licencias.

### **2.12 Boletín Estadístico de Defunción**

Es un documento editado por el Instituto Nacional de Estadística y se considera la fuente más fiable para determinar las estadísticas de las defunciones.

Consta de tres partes:

- a) Datos de la Inscripción: (a rellenar por el encargado del Registro Civil).
- b) Datos del fallecido: cumplimentados por algún familiar o persona obligada por Ley a declarar la defunción o en su defecto por un funcionario del Registro Civil.

c) Causas de la defunción: deben ajustarse al modelo internacional y tendrá que rellenarlas el médico que certifique la defunción o, en su defecto, un funcionario del Registro Civil. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) da unas normas en tres subapartados:

- Causa Inmediata: haciendo constar la enfermedad o condición patológica que haya causado directamente la muerte. Existe una costumbre muy extendida y arraigada que es la de hacer constar en este apartado: parada cardiorrespiratoria; es importante señalar que se trata de un grave error, ya que este término no hace referencia a una enfermedad o complicación que sea causa directa de la muerte, sino a una forma de morir.
- Causa Antecedente: Intermedia (causa o causas que haya/n dado lugar a la inmediata). Inicial o Fundamental (causa única que haya sido la desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción). Otros procesos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o fundamental, pero que han influido desfavorablemente en el proceso de la muerte.

A la hora de notificar las causas de la muerte, existe un importante desconocimiento por parte de los médicos acerca de los criterios internacionales que se siguen y se exigen. Por una parte, al igual que indicamos en los Certificados de defunción, hay que tener en cuenta que, a la hora de proceder a la codificación de los datos contenidos en el Boletín Estadístico, esta función la realiza personal no médico, los cuales pueden encontrar serias dificultades para encuadrar determinadas causas dentro de las causas de muerte establecidas por la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Para establecer y conocer las causas por las cuales los ciudadanos mueren, se tiene en cuenta la denominada Causa Básica que recoge la Clasificación Internacional, la cual coincide con la causa fundamental del Certificado médico de defunción o causa inicial del Boletín Estadístico de defunción: sería la enfermedad que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.

Si repasamos la Clasificación Internacional, vemos que la causa fundamental, inicial o básica a indicar debe ser una de las mencionadas en los capítulos en que se clasifican (hay que tener en cuenta que estas causas se subdividen a su vez en otras). A modo orientativo, los enunciados de los capítulos son los siguientes:



- I. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- II. Tumores.
- III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad.
- IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- V. Trastornos mentales y del comportamiento.
- VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- VII. Enfermedades del sistema circulatorio.
- VIII. Enfermedades del sistema respiratorio.
- IX. Enfermedades del sistema digestivo.
- X. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
- XI. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- XII. Enfermedades del sistema genitourinario.
- XIII. Embarazo, parto y puerperio.
- XIV. Afecciones originadas en el periodo perinatal.
- XV. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- XVI. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
- XVII. Causas externas de mortalidad.

## **2.13 Otros Documentos de interés Jurídico:**

El médico de cabecera debe documentar hechos de interés jurídico-procesal en el ámbito de diferentes materias: En el Derecho Civil y Penal puede ser requerido para seguir determinados hechos o valorar sus consecuencias médicas. En el Derecho social, el médico de Asistencia Primaria califica la situación del trabajador de forma temporal, y puede colaborar en la valoración pericial que determine su condición ulterior. Por lo que respecta a las actuaciones en las dos primeras materias, los documentos principales son:

### **2.13.1 Parte:**

“Documento corto que notifica algo a una autoridad” (Información y Documentación Clínica.2003). Los utilizados en Derecho Civil y Penal son parte de lesiones inicial, de seguimiento (de estado y de adelanto) y final o de sanidad.

1-Inicial: Se emplea en la primera asistencia al paciente, es obligatorio, considerando como lesiones los traumatismos, los accidentes de tráfico, las agresiones, las heridas, las mordeduras, las intoxicaciones. En todo caso se debe comunicar cualquier hecho que pudiera ser constitutivo de falta o delito.

2- De estado y de adelanto: A veces el médico es requerido por el juez para notificar la evolución de un lesionado. Estas notificaciones se hacen por medio de partes de estado, cuando la evolución del lesionado es favorable y sin complicaciones, o remitiendo un parte de adelanto cuando existe agravamiento, complicaciones o cualquier circunstancia de probable interés procesal.

3- De sanidad: Son los partes de curación o consolidación de las lesiones, en los que debe constar el tiempo invertido en la curación, el tiempo que necesitó asistencia médica, el tiempo de incapacidad laboral, su grado y las secuelas de las lesiones.

### **2.13.2 Oficios:**

Lo usual es que el médico reciba un oficio del juez, aunque también lo puede emitir a instancia de éste. Por ejemplo, solicitar algo de la autoridad o responder cuestiones acerca de un paciente requeridas por el juez se debe hacer mediante oficio.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 General:**

Determinar el conocimiento teórico-práctico sobre el certificado médico de defunción de los estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt.

#### **3.2 Específico**

Determinar si existe una relación entre el conocimiento teórico y práctico sobre el certificado médico de defunción de los estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt.

Determinar el conocimiento teórico-práctico sobre el certificado médico de defunción de los estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt, por sexo, edad, grado de residencia y Universidad en la que realizó pregrado.

## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo transversal

### **4.2 Unidad de Análisis**

#### 4.2.1 Unidad de Muestreo

Estudiantes del postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt año 2016.

#### 4.2.2 Unidad de Análisis

Datos recopilados en el formulario de recolección de datos obtenidos de estudiantes del postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt año 2016.

### **4.3 Población y muestra**

#### 4.3.1 Población o universo

Todos los Estudiantes del postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt del 2016

#### 4.5 Definición y operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Unidad de medida</b>
Conocimiento teórico	Se considera que conoce $\geq 75$ puntos, Se considera que desconoce $< 75$ puntos.	Cualitativa nominal	Conoce Desconoce
Conocimiento práctico	Se considera que conoce $\geq 80$ puntos, Se considera que desconoce $< 80$ puntos.	Cualitativa nominal	Conoce Desconoce

## **4.6 Recolección de información**

Para la recolección de la información del presente estudio se utilizará la siguiente técnica:

### 4.6.1 Técnica

Llenar la boleta de recolección de datos estructurada, que consiste en la obtención de la información proporcionada directamente por los estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt.

### 4.6.2 Procedimientos

A través de cartas enviadas a autoridades centrales del hospital Roosevelt, se realizarán los trámites administrativos necesarios para obtener la autorización para llevar a cabo este estudio.

Los investigadores se presentarán en las instalaciones del departamento de Ortopedia y Traumatología del hospital Roosevelt en el horario más conveniente a tomar los datos de los estudiantes.

Se les explicará a los residentes de Ortopedia y Traumatología que el estudio es completamente confidencial y se obtendrá un consentimiento informado verbal, de esta manera se conservará el anonimato del estudiante.

Se seleccionarán los estudiantes según criterios de inclusión y exclusión.

### 4.6.3 Boleta de recolección de datos

La boleta de recolección de datos, consiste en una hoja tamaño carta, la cual está identificada con el escudo de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el extremo superior izquierdo y el escudo del Hospital Roosevelt en el extremo superior derecho, contiene un apartado de datos generales del participante los cuales se limitan a edad, sexo, centro de estudios de

postgrado y año de residencia, omitiendo otros como el nombre que puedan identificarlo, y de esta manera, brindarle completa confidencialidad. Además contiene una serie de 4 ítems dirigidos al conocimiento teórico que tendrán una ponderación de 25 puntos cada uno y una serie de 5 ítems dirigidos al conocimiento práctico que tendrán una ponderación de 20 puntos cada uno de los documentos médicos haciendo énfasis en el certificado de defunción.

## **4.7 Procesamiento y análisis de datos**

### **4.7.1 Plan de procesamiento**

Los resultados obtenidos en este estudio se procesaron de la siguiente manera:

Los datos obtenidos por medio de la boleta de recolección de datos, se tabularon en una hoja electrónica del software Microsoft Excel 2013.

### **4.7.2 Plan de análisis**

Los datos tabulados en Excel fueron analizados en el software SPSS 23.0

Los resultados obtenidos se analizaron con cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentajes. Se obtuvieron porcentajes de todas las variables creando graficas sobre la distribución de edad, sexo, centro de estudios de postgrado, año de residencia actual.

Se realizaron tablas de contingencia sobre porcentaje de residentes con conocimientos teóricos y prácticos suficientes según sexo, edad, grado de residencia y universidad donde realizó el postgrado.

## **4.8 Alcances y limitaciones de la investigación.**

### **4.8.1 Alcances**

El estudio pretende determinar el conocimiento teórico y práctico de los estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt sobre el certificado de defunción, para que dichos resultados puedan ser utilizados como base en investigaciones



futuras en los demás Hospitales del país y sean de beneficio estadístico para la planeación futura de programas de fortalecimiento educativo en los estudiantes de medicina.

Aportará información sobre un tema de interés nacional en una población vulnerable que es susceptible de engaños y cobros excesivos por personal de empresas funerarias, aprovechándose de la situación.

#### 4.8.2 Límites

Las causas que puedan llegar a limitar la investigación pueden ser la negación de los estudiantes a participar en el estudio; así como situaciones especiales que conlleven al cese de actividades administrativas y no pueda utilizarse el instrumento de recolección de información

### **4.9 Aspectos éticos**

Esta investigación toma en cuenta los principios de la BIOÉTICA MÉDICA: Respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

A todos los estudiantes seleccionados se les brindará una explicación detallada sobre la investigación, sus fines y los beneficios que con el estudio se tendrán. Se les informará sobre el derecho que tienen de participar o no en la investigación. Se les asegurará la confidencialidad de los datos cuya custodia serán responsabilidad de los autores, quienes utilizarán los resultados, conjuntamente con el asesor únicamente para fines científicos.

Dadas las características y condiciones de nuestro estudio se considera que es categoría I dado que la población a estudio no corre ningún riesgo y se protege la intimidad de cada persona que participará. También se ha vigilado el cumplimiento de requisitos metodológicos.

### **4.10 Recursos**

#### 4.10.1 Humanos

Estudiantes de postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt.

#### 4.10.2 Físicos

Instalaciones del hospital Roosevelt departamento de Ortopedia y Traumatología.

#### 4.10.3 Materiales

Computadoras portátiles

Internet

Hojas papel bond

Lapiceros

Publicaciones y revistas científicas

Folders

Engrapadora y grapas

Ganchos para folder

Impresora

Tinta para impresora

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Lápices para responder encuestas

#### 4.10.4 Económicos

Resma de papel bond	Q. 40.00
Fotocopias	Q. 500.00
Cartucho de tinta	Q. 200.00
Café internet	Q. 50.00

Parqueos	Q. 100.00
Gasolina para transporte	Q. 300.00
Paquete de folders	Q. 50.00
Paquete de sobres manila	Q. 30.00
TOTAL	Q. 1270.00

## V. RESULTADOS

A continuación, se presenta el resumen de resultados obtenidos. En este estudio participó la totalidad de residentes del Postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt durante el año 2016, correspondiendo a 20 residentes.

Primero se presentarán las características y conocimiento de los residentes sobre el certificado médico de defunción y posteriormente se describirá el conocimiento según características de los residentes.

Tabla 1. Características de los residentes del Postgrado de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt (n = 20)

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo	Femenino	2	10.0%
	Masculino	18	90.0%
Edad	25 a 29 años	12	60.0%
	30 a 34 años	8	40.0%
Grado de residencia	R I	8	40.0%
	R II	4	20.0%
	R III	4	20.0%
	R IV	3	15.0%
	R V	1	5.0%
Universidad que acredita el título	UFM	1	5.0%
	URL	2	10.0%
	USAC	17	85.0%

Edad promedio =  $28.6 \pm 1.8$  años

En la tabla anterior se observa que la mayoría de los residentes son del sexo masculino (90%), con edades de 25 a 29 años (60%), egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala (85%), de residencia I (40%).

Tabla 2. Conocimiento sobre el certificado médico de defunción (n = 20)

Conocimiento	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Preguntas sobre teoría	No sabe	15	75.0%
	Sabe	5	25.0%
Preguntas sobre práctica	No sabe	13	65.0%
	Sabe	7	35.0%

Puntuaciones de conocimiento teoría = 68.0 (47.2, 74.3)

Puntuaciones de conocimiento práctica = 60.0 (60.0, 80.0)

El porcentaje de estudiantes que tenían no conocimientos adecuados teóricos sobre el certificado médico de defunción fue del 75%, siendo mayor al porcentaje de residentes con conocimientos inadecuados prácticos sobre el certificado de defunción. La mediana de las puntuaciones en conocimiento teórico correspondió a 68 puntos, mientras que la mediana en conocimiento práctico a 60 puntos.

Gráfica 1. Conocimiento sobre el certificado médico de defunción (n = 20)

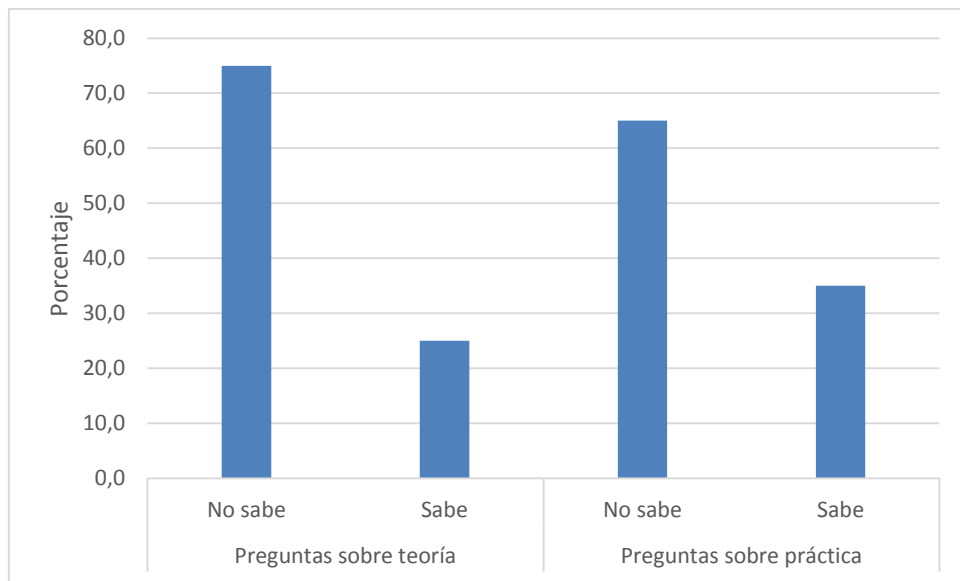
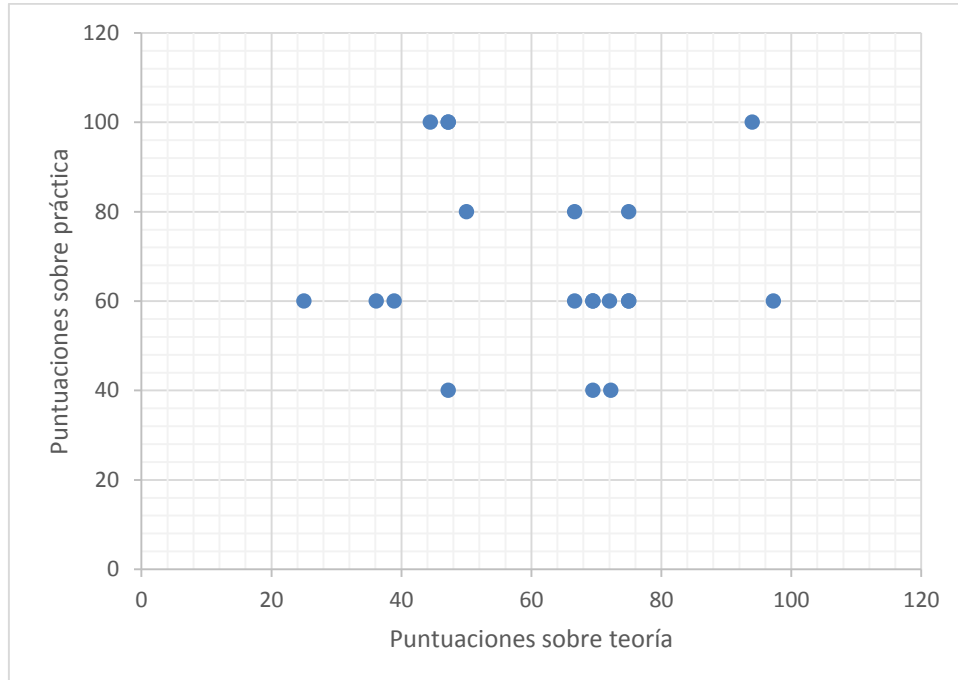


Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones sobre conocimiento teórico y las puntuaciones sobre conocimiento práctico del certificado médico de defunción (n = 20)

Estadístico	Puntuaciones teoría-práctica
Coeficiente de correlación de Spearman	-0.098
Valor p (bilateral)	0.681

No se encontró una relación lineal entre las puntuaciones de la teoría y las puntuaciones de la práctica, la posible relación entre ambas variables fue solo del 10% y su relación inversa, es decir a medida que aumentan las puntuaciones de teoría, disminuyen las de la práctica.

Gráfica 2. Coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones sobre conocimiento teórico y las puntuaciones sobre conocimiento práctico del certificado médico de defunción (n = 20)



No se observa una relación lineal entre ambas variables.

Tabla 4. Conocimiento del certificado médico de defunción según sexo

Sexo	Teoría		Práctica	
	Sabe	No sabe	Sabe	No sabe
Femenino	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Masculino	4 (22.2%)	14 (77.8%)	7 (38.9%)	11 (61.1%)

En este estudio las mujeres poseían mayor conocimiento en las preguntas teóricas pero menor conocimiento en las preguntas prácticas, sin embargo, la cantidad de mujeres solo fue de dos, lo cual limita la validez de estas conclusiones.

Gráfica 3. Conocimiento del certificado médico de defunción según sexo

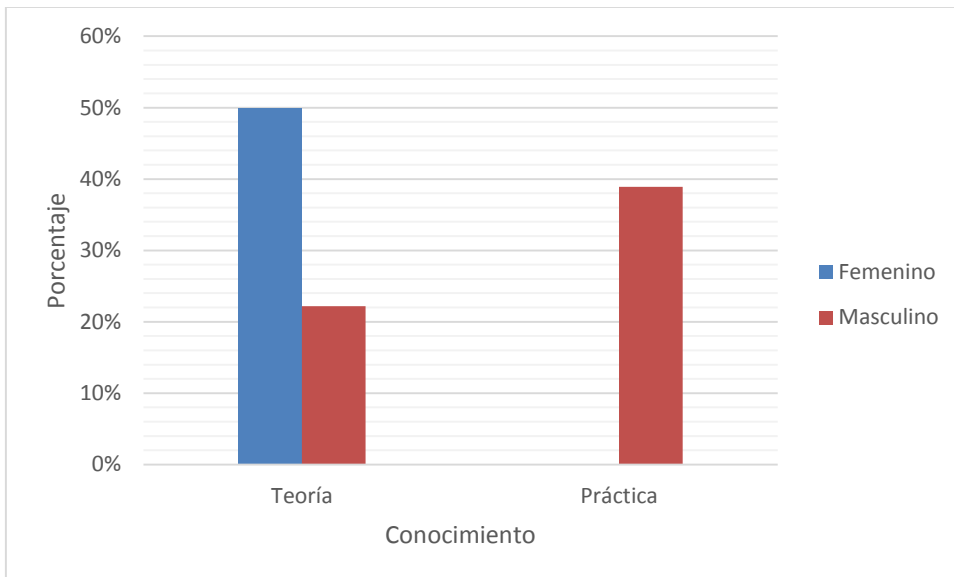




Tabla 5. Conocimiento del certificado médico de defunción según edad

Edad	Teoría		Práctica	
	Sabe	No sabe	Sabe	No sabe
25 a 29 años	4 (33.3%)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	8 (66.7%)
30 a 34 años	1 (12.5%)	7 (87.5%)	3 (37.5%)	13 (65.0%)

Se observó que los residentes con edades entre 25 a 29 años poseían mayor conocimiento en preguntas teóricas y similar conocimiento en preguntas sobre práctica.

Gráfica 4. Conocimiento del certificado médico de defunción según edad

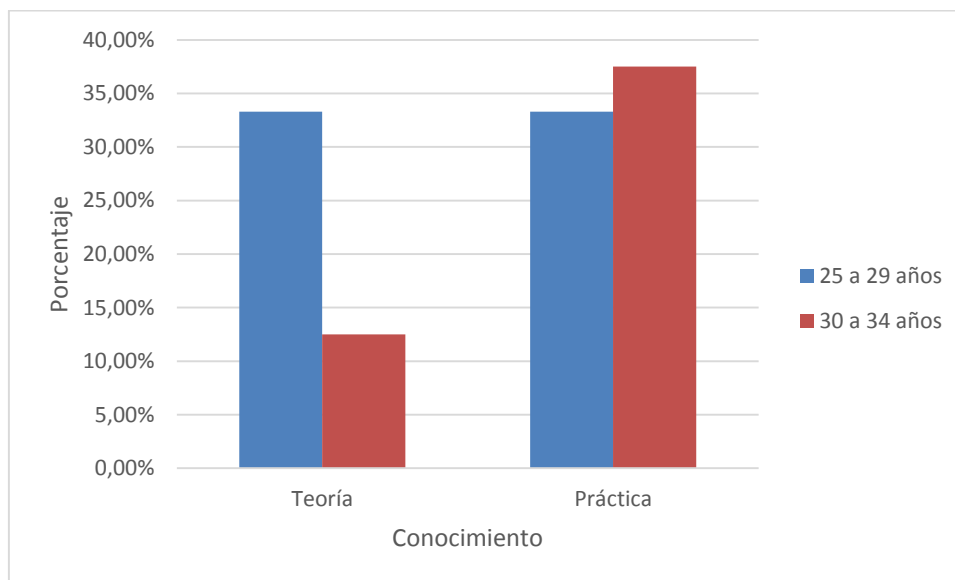


Tabla 6. Conocimiento del certificado médico de defunción según grado de residencia

Grado de residencia	Teoría		Práctica	
	Sabe	No sabe	Sabe	No sabe
R I	3 (37.5%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
R II	0 (0%)	4 (100%)	1 (25.0%)	3 (75%)
R III	2 (50.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)
R IV	0 (0%)	3 (100%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)
R V	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)

Los residentes grado III fueron los que tenían mayores conocimientos tanto en preguntas sobre teoría como de práctica.

Gráfica 5. Conocimiento del certificado médico de defunción según grado de residencia

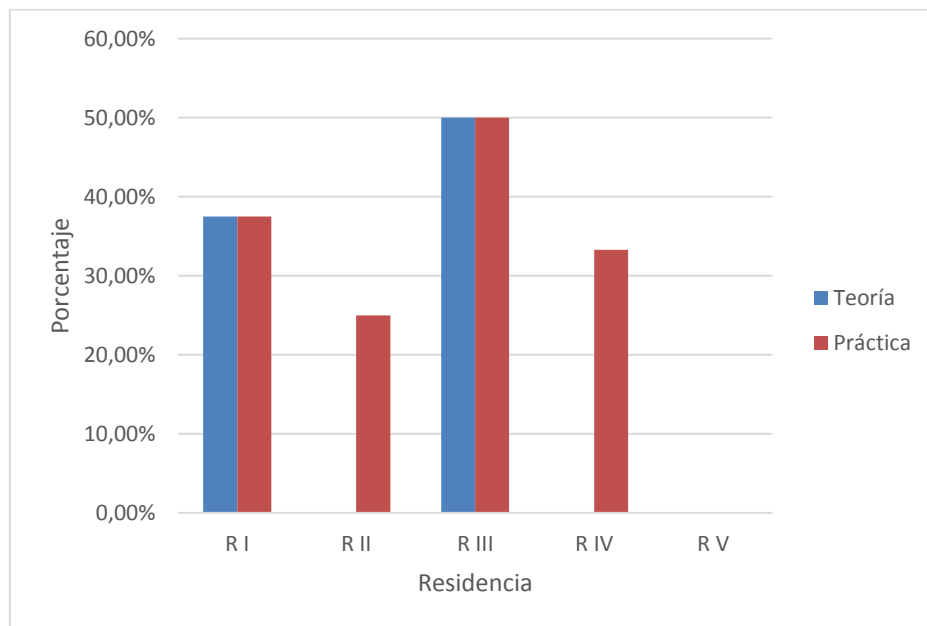
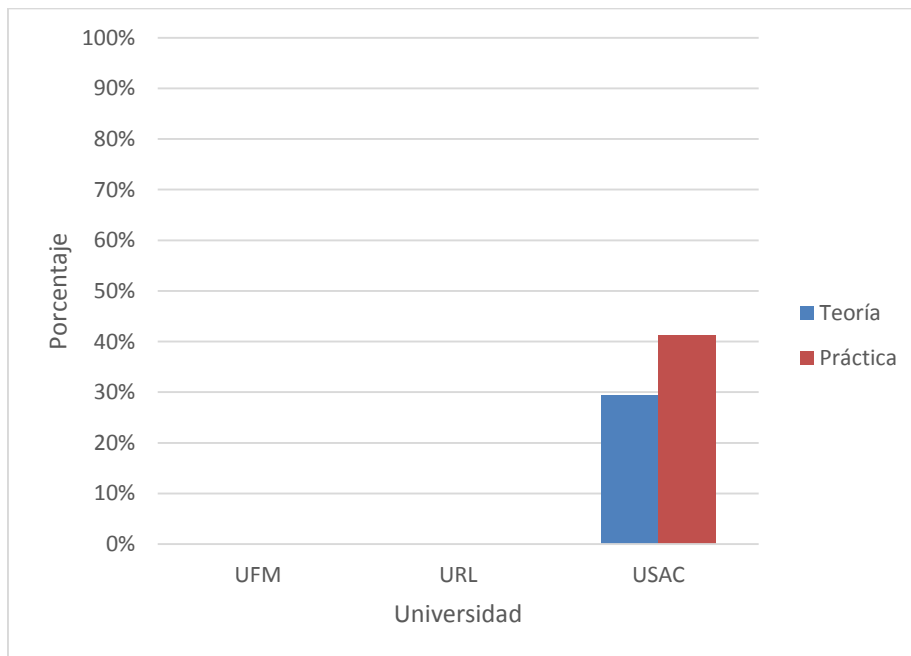


Tabla 7. Conocimiento del certificado médico de defunción según Universidad que acredita título de pregrado

Universidad	Teoría		Práctica	
	Sabe	No sabe	Sabe	No sabe
UFM	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
URL	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
USAC	5 (29.4%)	12 (70.6%)	7 (41.2%)	10 (58.8%)

Una tercera parte de los residentes egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala tenían suficiente conocimiento sobre el certificado médico y ninguno de los egresados de las otras universidades.

Gráfica 6. Conocimiento del certificado médico de defunción según Universidad que acredita título de pregrado.



## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La medicina forense actual es gracias al esfuerzo de médicos científicos, muchos de ellos sin el afán de inclinarse a fines legales, pero aplicados a fenómenos fisiológicos, comprobaban objetivamente la veracidad de los hechos, por lo que fueron aprovechados en materia jurídica. En 1932 fue creada la cátedra de medicina legal en la Universidad de Harvard, habiendo seguido este ejemplo otras universidades que le han dado importancia que se merece el estudio de esta rama de la medicina. En Guatemala se debe considerar el doctor Carlos Federico Mora como el maestro iniciador de la moderna Medicina Forense, quien sirvió el cargo de Jefe del Servicio Médico Forense en los años comprendidos de 1923 a 1927 y de 1930 a 1932; habiendo sido Profesor de la materia en las facultades de Ciencias Médicas y Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien ha escrito una obra valiosa llamada “Medicina Forense”, La cátedra de Medicina Legal en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala se estableció en 1869, 29 años después de la creación de la Universidad. Su primer profesor fue el Dr. Mariano Gándara. Después de esta reseña histórica podemos observar en la tabla No. 7 que los estudiantes egresados de pregrado de la facultad de medicina de la Universidad de San Carlos presentan más conocimientos sobre el certificado de Defunción, sin embargo no existe una correlación en cuanto a conocimientos teóricos y prácticos en los estudiantes, los que presentan adecuados conocimientos teóricos no presentan adecuados conocimientos prácticos y viceversa. Tomando en cuenta que los límites tomados para determinar un adecuado conocimiento teórico fueron  $\geq 75$  puntos y se obtuvo una media de 68.0 puntos, esto nos refleja que el promedio de conocimientos teóricos está levemente por debajo del límite establecido para esta investigación. De igual manera el límite establecido para determinar un adecuado conocimiento práctico fue de  $\geq 80$  puntos y se obtuvo una media de 60.0 reflejándonos que en este aspecto si hay un desconocimiento evidente. Sin embargo en las áreas rurales, existe un “médico a tiempo parcial como forense” (INACIF, 2012) en la cabecera de cada uno de los departamentos que integran la división administrativa del país.

A pesar de lo anterior, asistimos con relativa frecuencia a una negativa o resistencia por parte de los médicos a emitir el preceptivo y obligado certificado de defunción, alegando pretextos variados, como desconocimiento del proceso patológico o incluso escudándose en que el fallecido no es su paciente; de esta forma, alegan no tener certeza de la causas de la muerte, aunque con cierta frecuencia se trata de pacientes con procesos patológicos de tipo crónico.

Con estas actitudes, sin duda alguna, se plantean verdaderos problemas sociales. Todo esto lo podemos comprobar con los resultados obtenidos en esta investigación, donde solamente se tomó a una pequeña parte de estudiantes de postgrado de un hospital escuela que alberga gran cantidad de médicos de diferentes especialidades.

Tras este planteamiento hay que recordar que “la medicina no es una ciencia exacta, por lo tanto, la verdad absoluta nunca va a existir” (Comisión de Documentación Clínica., 2003). A la hora de certificar una muerte en contadas situaciones se dispondrá de toda e incluso de la suficiente información que permita al médico establecer esta verdad absoluta, salvo en el hipotético caso en que la muerte ocurriese en un centro hospitalario y donde el paciente hubiera estado sometido a controles de monitorización continuado y ante la supervisión constante de personal sanitario.

## 6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 El porcentaje de estudiantes que no tenían conocimientos adecuados teóricos sobre el certificado médico de defunción fue del 75%, siendo mayor al porcentaje de residentes con conocimientos inadecuados prácticos sobre el certificado de defunción (65%).

6.1.2 No se encontró una relación lineal entre las puntuaciones de la teoría y las puntuaciones de la práctica, la posible relación entre ambas variables fue solo del 10% y su relación inversa, es decir a medida que aumentan las puntuaciones de teoría, disminuyen las de la práctica.

6.1.3 En este estudio las mujeres poseían mayor conocimiento en las preguntas teóricas pero menor conocimiento en las preguntas prácticas, sin embargo, la cantidad de mujeres solo fue de dos, lo cual limita la validez de estas conclusiones.

6.1.4 Se observó que los residentes con edades entre 25 a 29 años poseían mayor conocimiento en preguntas teóricas y similar conocimiento en preguntas sobre práctica.

6.1.5 Los residentes grado III fueron los que tenían mayores conocimientos tanto en preguntas sobre teoría como de práctica.

6.1.6 Una tercera parte de los residentes egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala tenían suficiente conocimiento sobre el certificado médico y ninguno de los egresados de las otras universidades.

6.1.7 Este estudio revela que hay indicios de que no existe una formación sólida sobre el certificado médico de defunción en los estudiantes de las diferentes facultades de ciencias médicas a nivel nacional.

## 6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Se considera importante que se refuerce el conocimiento de los estudiantes de postgrado de ortopedia y traumatología sobre todos los documentos médicos y su implicación legal, debido al evidente resultado que esta investigación revela, tratándose de un hospital escuela de referencia nacional. Ya sea por medio de un curso específico o laboratorios prácticos de medicina legal en donde se pueda recibir un aprendizaje personalizado.

6.2.2 Se recomienda a las autoridades facultativas de la Escuela de Estudios de postgrado de la facultad de medicina realizar una investigación a nivel nacional de carácter multicéntrico para determinar el grado de conocimiento teórico y práctico sobre el certificado de defunción que posee todo el personal médico que trabaja en instituciones públicas.

6.2.3 Implementar en el pensum de los estudiantes de ciencias médicas un curso específico de medicina legal para fortalecer los conocimientos sobre el certificado médico de defunción y de todos los demás documentos médico-legales que elaboran diariamente los médicos.



## VII. REFERENCIAS

1. Aulló Chaves M, Pelayo Pardos S., (2000). *La historia clínica. En: De Lorenzo y Montero R. (Coordinador general): Responsabilidad legal del profesional sanitario.* Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario; p. 9-10.
2. Cantero Rivas R., (2004). Propiedad y derechos de acceso. *La historia clínica como medio de prueba en los procedimientos judiciales.* En: León Sanz P. La implantación de los derechos del paciente. Navarra: Eunsa. p. 327-348.
3. Código Civil de la República de Guatemala, septiembre de 1963
4. Comisión de Documentación Clínica., (2003). *Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria.* Bilbao: Dirección Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
5. Consejería de Bienestar Social. (2007). *Guía Básica de Maltrato Infantil.* Mérida: Dirección General de Infancia y Familia.
6. Echezarreta Ferrer M., (2002). *La autonomía del paciente en el ámbito sanitario: las voluntades anticipadas.* Rev Electrónica de Geriátría y Gerontología; 4(1): 2.
7. Gisbert Calabuig J. A.(2004). *Medicina Legal y Toxicología. 6.ª edición.* Ed. Masson. Barcelona
8. Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura. (Diario Oficial Extremadura, número 134, de 16-11-2006).
9. Información y Documentación Clínica. Actualidad Jurídica Aranzadi 2003;(562):1-7.
10. Proyecto de Real Decreto sobre Receta Médica y Orden Hospitalaria de dispensación, en base a la promulgación de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y Uso racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.[En línea]2006[fecha de acceso 20 de enero de 2008].
11. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (Boletín Oficial del Estado, número 222, de 16-9-2006).
12. Reverte J. M. (1999). *Antropología Forense (2.ª edición).* Ministerio de Justicia Madrid.

13. Sánchez-Caro J., Abellán F., (2003). *Derechos y Deberes de los pacientes*. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre: Consentimiento Informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Editorial Comares.

**Documentos:**

1. Documento de Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. (2013). *“Líneas de Investigación Científica”*. Maestría en Ciencias Forenses.

2. (Ley de Acceso a la Información Pública comentada decreto No.57-2008). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Guatemala.

3. [www.inacif.gob.gt](http://www.inacif.gob.gt)



Informe de alta SI  NO   
Alta voluntaria y alta forzosa del paciente SI  NO   
Certificación acreditativa del estado de salud SI  NO

3. Qué tipos de muertes hay que certificar?

Natural  Violenta  Súbita  Sospechosa

4. Quién debe emitir el Certificado?

Médico de cabecera  Cualquier Clínico Institucional

Médico Forense  Cualquiera de las anteriores

### Conocimiento práctico

1. Ha realizado un certificado de defunción? SI  NO   
Cuántas veces? \_\_\_\_\_

2. Las muertes violentas o sospechosas de criminalidad deben ser certificadas por?

Médico de cabecera  Médico Forense

3. Es la causa que determina la Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente?

Directa  Antecedente  Básica

4. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba?

Directa

Antecedente

Básica

5. Última causa mencionada en la secuencia de estados patológicos?

Directa

Antecedente

Básica

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS SOBRE EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.