

CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN: NUEVA NORMATIVA PARA SU EXPEDICIÓN EN EL ÁMBITO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

DEATH CERTIFICATES: NEW RULES FOR DELIVERY IN BUENOS AIRES

Foyo RO
Cátedra de Medicina Legal
Universidad de Buenos Aires

Correspondencia: foyoroberto66@gmail.com

Resumen: La expedición del Certificado de Defunción en instituciones públicas y privadas en la República Argentina es un motivo de dudas, resquemores y, en no pocos casos, conflictos para la comunidad médica. 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 (causas de muerte violenta y dudosa de criminalidad). 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.

Palabras Clave: certificado, defunción, muerte, reglamentación, documentación médica,

Abstract: The issuance of the Certificate of Death in public and private institutions in Argentina is a matter of doubt, resentment and, in many cases, the medical community conflicts. From the medical ignorance of the rules, problems arise professional's refusal to do so regardless of their obligation unless the conditions that prevent the attending physician processing (causes of violent death and crime doubtful). Added to this, there are also some association between funeral homes and doctors to provide this certificate in those cases in which there has been no intervening physician, being handed the certificate upon payment of the family for this "service", with the signature and seal of a professional has not evaluated the body and, in many instances not even know of its existence. It has therefore been necessary to provide a regulatory framework for the issuance of these certificates and medical activities in this regard.

Keywords: death certificate, death, regulation, medical documentation.

INTRODUCCIÓN

En la práctica médico asistencial argentina, la muerte ha traído aparejado, en varias ocasiones, temores y conflictos a la hora de definir quien redacta el certificado de defunción y sobre qué bases diagnósticas.

No impresiona como una situación dramática toda vez que el médico es el único al cual le consta o puede teorizar sobre los procesos patológicos, su evolución, su idoneidad para provocar el óbito. Sin embargo las dudas, en no pocos casos, se acompañan con un ferviente deseo de evitar dicho certificado por considerarlo trámite administrativo, por considerarlo como auditor del acto médico o simplemente por el temor de quedar vinculado a problemas legales, por ello ha habido en ámbitos públicos y privados una resistencia a cumplir con lo que la Ley manda. En la Ciudad de Buenos Aires ha sido necesario establecer una reglamentación exclusiva para los certificados de defunción aclarando aspectos de su confección y a la vez unificando criterios de su redacción.

ANTECEDENTES

Impresionaría absurdo pensar en un cirujano que se sintiera temeroso de usar el bisturí, o un anestesiólogo que buscaría excusas para no efectuar inducciones anestésicas, clínicos que aplicarían las más enojosas argumentaciones para no diagnosticar una hipertensión y así para cada especialidad. Sin embargo hay un hecho que en cualquier especialidad ha generado cierto resquemor: la confección del certificado de defunción. En tiempos recientes ha habido casos que han generado problemas legales serios para profesionales que han firmado certificados sin haber cumplido con el deber de revisar al paciente, constatar la muerte y por ende excluir causales dudosas de criminalidad o violentas en la génesis del fallecimiento. Al constarse que la causal de muerte ha merecido una instrucción penal, el médico firmante se exponía a la imputación por certificado médico falso o hasta encubrimiento. Algunos hechos de resonado efecto mediático ha llevado a radicalizar la posición en galenos que pasaron a decir: “con o sin duda, yo no firmo nada” desconociendo o bien rechazando su obligación profesional. Huelga decir que dicha postura ha dado origen a autopsias injustificadas, a reclamos de familiares, a discusiones y momentos innecesariamente conflictivos con el resto del equipo médico tal como si la firma del Certificado de Defunción fuera un castigo más que un acto médico obligatorio.

El antecedente normativo vigente más categórico hasta la fecha se encontraba en el Ley 17132. Esta norma, que data de 1967, es la que regula el Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración en el ámbito nacional. En su artículo 19, 8º inciso, al enunciar las obligaciones de los médicos, incluye la de: “*extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias*”.

Este punto impresiona carente de cualquier duda, no se trata de un favor, opción o elección, reviste el carácter de obligatorio para el médico que haya asistido al paciente durante el curso de su última enfermedad debiendo existir dos factores imprescindibles: el tener conocimiento del proceso patológico que motivo el fallecimiento y que este no esté vinculado a hechos violentos (suicidio, homicidio o accidentes) o de causa dudosa de criminalidad. Así, en la mayoría de los casos, si la muerte responde a un hecho biológico, sin participación externa o dubitable, el médico no solo no tendría inconveniente en confeccionar el certificado sino que, en tales circunstancias, se tornaría obligatorio. Basa su expresión el presente artículo en el hecho de considerar al médico como el único que puede dar fe sobre el diagnóstico muerte (o vida) y, en el primer caso las posibles causas que lo llevaron a dicho punto. El análisis fisiopatológico es atributo único y exclusivo del médico y a la vez es su responsabilidad indelegable. Solo él conoce y puede establecer los criterios de muerte, los que le permiten afirman esa conclusión, por ende es el único que además de decirlo con fundamento técnico y etiológico lo puede certificar.

A pesar de lo mencionado, que podría ser definido como un argumento casi primitivo, han existido conflictos de todo tenor.

Frente a ello en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires se ha emitido la Resolución Nº 1.539 /MSGC/12 destinada a establecer los parámetros de intervención médica en fallecimientos producidos en los efectores dependientes del Gobierno de la Ciudad.

REGLAMENTACION

Consta de 6 puntos subdivididos en incisos enfocados en los siguientes acápite: registro de firmas, firma de los certificados, aspectos del contenido de los certificados, muertes traumáticas, disponibilidad de formularios válidos de certificados de defunción e instrucciones del Registro Civil sobre Distribución y Uso de los nuevos Certificados Médicos de Defunción:

a. **Registro de firmas:** uno de los argumentos utilizados para no confeccionar certificados de defunción era la falta de registro de la firma del médico ante las autoridades correspondientes. La falacia se estructuraba en el razonamiento: “*para confeccionar el certificado de defunción hay que tener la firma registrada; yo no tengo la firma registrada; ergo no puedo firmar el certificado de defunción, no porque no lo desee sino porque administrativamente no puedo*”. Dicho argumento no se sostiene sobre sí mismo más que el tiempo para ser enunciado, si la Ley 17132 y todas las normas de ejercicio profesional obligan al médico a cumplir con los requisitos establecidos para el ejercicio legal de la profesión, quien brindara actividad asistencial y no hubiere cumplido con la obligación de certificar su firma, estaría incumpliendo deberes y reglamentos con lo cual parten de esa infracción primaria que hasta podría impedir su ejercicio profesional. No obstante, el registro de la firma del médico asistencial ha reconocido dos momentos: en su origen debía el médico concurrir a la delegación del Registro Civil correspondiente para cumplimentar el trámite. En tiempos más recientes, funcionarios de tal ente se apersonaban en instituciones para que el personal efectuara el trámite de modo más cómodo. A partir de esta Reglamentación surge con absoluta claridad que:

“1.1. *El registro de la firma en el Padrón de Médicos dependiente del Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas, es obligatorio para todos los médicos del Gobierno de la Ciudad con ficha censal que desarrollen actividades asistenciales.*”.

A partir de ello todos los galenos que trabajen en relación de dependencia en instituciones públicas locales y cuya actividad sea asistencial, están obligados a registrar su firma. Esa relación vincular se expresa mediante la existencia de una Ficha Censal (número de legajo que se le asigna al agente cuando ingresa en la planta permanente del municipio). El contralor de lo mencionado corresponde a las estructuras ministeriales en distintos niveles quienes deben velar por el cumplimiento de lo normado.

Como modo práctico de cumplimentar esta obligación también en el caso de los que están en tramitación de incorporación a la planta asistencial el inciso siguiente impone el registro de firma a título obligatorio para “*el ingreso de todo médico a la Carrera Profesional Hospitalaria*”.

Dado que en múltiples ocasiones el óbito se produce cuando no se encuentra presente el equipo de planta y en presencia o asistencia de los residentes o concurrentes, la presente norma se extiende también a estos profesionales, recientemente graduados y que se hallan en etapa de formación, equiparándolos en sus obligaciones al respecto. Dado que el diagnóstico es acto médico, los residentes y concurrentes en virtud de tales están facultados para cumplimentar los mismos requisitos que el resto de la planta asistencial.

b. **Firma de los certificados:** probablemente el punto crítico en el marco de los certificados de defunción: ¿Quién puede / debe firmar el certificado?. Aquí la norma abre dos opciones: pacientes fallecidos en internación o en casos con diagnóstico de muerte bajo criterios neurológico (“*muerte encefálica*”) en el curso de un operativo de procuración de órganos. En el primer supuesto se determinan tres opciones (surge de la expresión que se utiliza: *podrá ser firmado*):

1. **Preferentemente** por el médico del sector que lo haya asistido en su última enfermedad (la preferencia que cita no excluye otras opciones pero la coloca con carácter prioritario en virtud de lo dispuesto en la Ley 17132, artículo 19 inciso 8º ya citado)

2. Por un médico supervisor, jefe de servicio o jefe de guardia de día, fundado en el hecho de haber reconocido al cadáver personalmente y constatado las causas del fallecimiento (no es válido firmar un certificado por referencias de terceros). La constatación de las causales que determinaron la muerte es obligatoria, aplicar la referencia de parte de otros como forma de conocimiento, aún bajo el argumento que no

se trataba de su paciente, no es aceptable toda vez que el deber de definir la causa de muerte es indelegable, como todo acto médico. Sustenta la elección en una jefatura y no en otro profesional de planta, la obligación que tiene quien ostenta un cargo de fiscalizar el cumplimiento de las instrucciones asignadas a quienes actúan bajo su órbita, a la vez de ser responsables por la responsabilidad *in vigilando e in eligiendo* toda vez que el mando que tienen asignado les obliga a dar cuenta del accionar de sus subordinados. Lo antedicho no implica que es el jefe quien debe expedir siempre los certificados y que en él se delega la responsabilidad. Asume las consecuencias del actuar en el servicio que tiene bajo su mando y el incumplimiento de normas del personal le pueden exigir reparación o solución a él.

3. *Por una autoridad médica hospitalaria, con el mismo fundamento que en el apartado b).* Allí queda expuesto el Director, Subdirector y toda otra autoridad mayor al jefe de servicio. Dado que el certificado de defunción debe brindarse a los deudos, la institución asume en última instancia, el deber de hacer entrega de dicha documentación.

De todo lo anterior se desprende que no puede negársele a la familia el correspondiente certificado con la excusa de ausencia o inconvenientes particulares del médico que ha asistido al paciente. Como este ha fallecido en la institución, esta debe proveer la documentación citada más allá de otra consideración.

Un segundo marco hipotético surgía en aquellos casos en los que se *diagnostique muerte encefálica en el curso de un operativo de procuración de órganos*. En ese caso se dispone que *el médico firmante del diagnóstico de muerte encefálica podrá firmar, y preferentemente firmará, también el certificado médico de defunción*.

c. **Aspectos del contenido de los certificados:** a fin de evitar confecciones incorrectas con la consecuente molestia ocasionada al familiar y, teniendo en cuenta que corresponde la elaboración adecuada del certificado como ocurre con otras documentales médicas (historia clínica, certificados de nacimiento, de discapacidad). Las condiciones exigidas son:

1. Extender el certificado de puño y letra, firmado, sellado, y hacer constar el sello del efector (institución) correspondiente
2. Debe utilizar letra legible y bolígrafo de tinta azul
3. No hacer tachaduras, borraduras o usar lápiz corrector
4. Salvar y firmar las enmiendas en el espacio “observaciones”
5. No usar abreviaturas, signos o siglas
6. Observar las instrucciones para acreditación de identidad y domicilio de la persona fallecida.
7. El lugar de fallecimiento debe consignarse con calle y número

Lo expuesto puede resumirse en la claridad, pulcritud y suficiencia (en términos de completo) que debe poseer el documento mentado.

En lo que respecta a la forma a través de la cual el médico ha constatado el fallecimiento, la Reglamentación enuncia un concepto largamente sostenido desde la Medicina Legal pero que aún a la fecha generaba un hábito inadecuado. El concepto de **paro cardiorrespiratorio** queda impedido de ser usado como causa, toda vez que no lo es. Estadísticamente, desde la óptica legal y en el criterio asistencial era una de las expresiones más utilizadas a pesar de las reiteradas críticas a tal conclusión, a partir de la disposición queda vedada su utilización como causa inmediata. El Reglamento fija un segmento compuesto por dos casilleros: el que menciona el paro cardiorrespiratorio y el que cita la muerte bajo criterios neurológicos (“*muerte encefálica*”). Según cual ha sido la forma a través de la cual el médico constató la muerte, deberá marcar el casillero adecuado. Este profesional, que debe haber hecho el reconocimiento

personal del cadáver o bien haberlo asistido al difunto en la última enfermedad es el que deberá utilizar los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª. Revisión (CIE10), o términos que posibiliten su posterior codificación con dicha clasificación.

En el acápite “causas” debe exponerse la **causa inmediata o eficiente** (*aquella enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.*), exponiendo a continuación la **causa mediata o coadyuvante** (otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, estado que agravaron el estado inicial y, que por sí solos no poseen idoneidad para provocar el óbito), y concluir en el apartado correspondiente con la **causa originaria o básica** (*enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, fenómenos agudo o crónico del cual se parte en una descripción fisiopatológica*). De no existir más que un solo componente *en la cadena de acontecimientos que condujo a la muerte*, se acepta la mención de un único término toda vez que la ausencia de otros impide consignar causas inexistentes. Por otra parte, de exigirse más términos que los confirmados, se incurriría en un dato falso con el solo fin de poseer un número constante e inmutable de causas.

En el mismo ítem se menciona la prohibición de utilizar como horario de fallecimiento dígitos extremos tales como “00:00” y “24:00”. Finalmente la disposición reza: “*Todo Certificado médico de Defunción debe ir acompañado con el informe estadístico de defunción, y en su caso, por el certificado médico de cremación, ambos firmados por el mismo médico certificante*”. Este último certificado surge ante petición del fallecido o de sus familiares a menos que las causales de muerte sean violentas o dudosas ante lo cual requieren previamente autopsia médico legal.

d. **Muertes traumáticas:** como quedara anteriormente expresado, toda muerte de origen violento (accidental, suicida u homicida) obliga al médico actuante a solicitar la correspondiente intervención judicial sin necesidad de contar (y aun ante la oposición) de los familiares.

e. **Disponibilidad de formularios válidos de certificados de defunción:** A fin de evitar adulteraciones y para restringir la distribución de estos certificados se han dispuesto medidas de seguridad (certificados prenumerados con código de barras). Así el médico de la institución en las cuales se produjo el fallecimiento deberá utilizar únicamente los formularios asignados a dicho efector. De tal manera, se configura un doble control (numeración y código) que permite conocer que institución ha recibido determinado certificado y así evitar que el mismo sea retirado del nosocomio o utilizado para fallecidos en otro ámbito. El Registro Civil hace entrega de los formularios al personal fehacientemente designado para su retiro luego de notificación escrita con su identidad emitida por la institución, siendo obligación del Director del hospital supervisar el aprovisionamiento periódico de la cantidad de formularios suficientes, ofrecer disponibilidad de los mismos para su uso por los profesionales durante las veinticuatro horas y todos los días del año, a cargo del área definida (Admisión y Egreso y/o del área de Urgencia),

f. **Instrucciones del Registro Civil sobre Distribución y Uso de los nuevos Certificados Médicos de Defunción.** Como medida de garantizar el control de la distribución y uso de certificados y, a fin de evitar que las casas mortuorias dispusieran de modelos para su comercialización (como ocurría hasta la fecha), no se admiten fotocopias o aquellos obtenidos por cualquier método informático o técnico. Todo extravío, robo, hurto, destrucción o anulación de certificado debe ser fehacientemente notificado (por nota del Director de la institución al Registro Civil) a fin de solicitar la reposición o al solo efecto de dar cuenta del episodio, independientemente de otras acciones legales que pudieren corresponder (sumarios, denuncias).

g. **Médicos particulares.** Aquellos profesionales que hayan registrado su firma y que brinden tareas asistenciales fuera de los efectores institucionales públicos o privados, obtendrán también los formularios para su práctica particular, a los fines de certificar los fallecimientos ocurridos en domicilios

particulares o fuera de los establecimientos asistenciales. La entrega de los certificados es personal, al médico luego de que el mismo acredite su identidad.

Cumplimentado el acto médico de confección del certificado, este será valorado en términos de verificar que no haya sido utilizado previamente, que el médico que suscribe tenga la firma registrada, que el certificado corresponda en su numeración a los asignados al profesional o la institución a la cual pertenece, luego de lo cual pasa a tener validez formal.

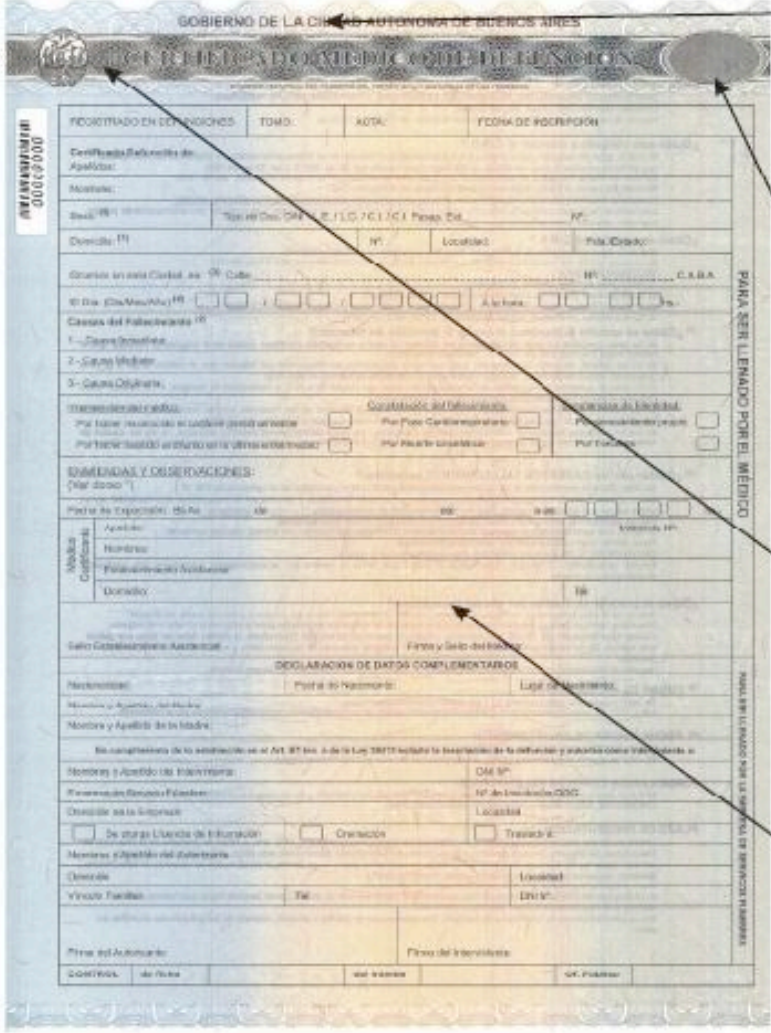
MEDIDAS DE SEGURIDAD

El espíritu de la modificación y reglamentación no descansa exclusivamente en la necesidad de regular el actuar médico, también se han dispuesto medidas de seguridad en la documentación cuyo detalle excede los alcances del presente artículo, pero que se estructuran en medidas documentológicas que permitirían identificar falsificaciones. Al efecto, se resumen a continuación: *

- a. Papel de alta seguridad conformado por pasta pura y sin blanqueado óptico
- b. Filigrana claraoscuro oficial
- c. Fibrillas visibles e invisibles de poliamida tricolor onduladas que reaccionan a la estimulación de luz ultravioleta, insertas en su misma masa
- d. Resistencia a flexiones sin dañarse
- e. Fondos de seguridad genuinos y exclusivos aplicando las tradicionales guardas Guilloches como así también los diseños numismáticos (uno de los colores es reactivo a la luz ultravioleta).
- f. Uso de técnicas de principio circular, con variación de espesor de las líneas que resaltan imágenes que lo componen

* Información obrante en la página oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ([buenosaires.gob.ar / gobierno](http://buenosaires.gob.ar/gobierno)) con descripción de las medidas citadas las cuales han sido especialmente generadas para este fin

Nuevo Certificado Médico de Defunción



Luz Visible / Luz U.V.






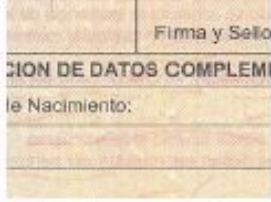
Imagen oculta Lenticular




Guarda Gulloches Negativa con escudo del GCBA




Fondo numismático




Papel de Seguridad con Filigra Bitoral




Fibrillas visibles



Fibrillas invisibles sinusoidales U.V.





CONCLUSIONES.

La Reglamentación comentada organiza la distribución, confección y formalidades de los certificados de defunción. Pretende evitar el lucro que surgía en casos de fallecimientos, con familiares que concurrían a la casa

fúnebre donde obtenían, mediante el pago de una suma de dinero, un certificado firmado por un médico que jamás había visto ni asistido al paciente, y que por lo tanto mal le podría constar las causas. Hasta la ocurrencia de un sonado caso donde la imputación y condena al médico resultó ser de público conocimiento, esta modalidad comercial existía siendo a la vez de muy difícil persecución dado que, en caso de negativa de la misma familia a ingresar en esta viciada acción, no se obtenía el certificado por lo que, al no poderse inhumar el cadáver terminaba en autopsia (aún en casos de fallecimiento por causas naturales) Esto ha sido el factor prioritario para un circuito que, en algunos casos, ha pretendido hacer “desaparecer” el cuerpo del delito en casos de criminalidad manifiesta o dudosa. Así llega una normativa que pone orden en situaciones que se generaban por desconfianza, temor, rechazo o resquemores de los médicos. No hay diferencia entre el presente certificado y otros del mismo tipo (formales o imperativo legal) como de cualquier acto médico. Así se lo puede resumir en obligatorio, inexcusable, formalizado, controlado y seguro.

LEGISLACION Y DISPOSICIONES CONSULTADAS

- Resolución 1539/2012; Ministerio de Salud – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Ley 17132/67, artículo 19
- [www.buenosaires.gob.ar/gobierno/certificado de defunción](http://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/certificado-de-defuncion)