

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.233

Miércoles 19 de Diciembre de 2018

Página 1 de 45

Normas Generales

CVE 1513702

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

Servicio Médico Legal

ACTUALIZA Y APRUEBA INSTRUCCIONES Y NORMATIVAS SOBRE ÁREAS TÉCNICAS QUE INDICA

(Resolución)

Núm. 856 exenta.- Santiago, 29 de marzo de 2018.

Vistos:

Lo prescrito en el decreto con fuerza de ley Nro. 1/19.653, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nro. 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; lo señalado en la Ley 19.880, que Establece bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; lo regulado en el decreto con fuerza de ley Nro. 29, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; las facultades que me conceden los artículos 2, 3 letras a) b), 7 letra d) de la Ley Nro. 20.065 sobre Modernización, Regulación Orgánica y Planta del personal del Servicio Médico Legal; lo normado en el decreto supremo Nro. 580/2011 del Ministerio de Justicia, actual Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que Aprueba Reglamento Orgánico del Servicio Médico Legal; lo sancionado en los artículos Nro. 197 y 315 de la Ley Nro. 19.696, que establece Código Procesal Penal; lo dispuesto en el artículo 183 del DFL Nro. 1-2007 del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, publicado en el Diario Oficial con fecha 29 de octubre de 2009, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nro. 18.290, Ley de Tránsito, en relación a los artículos 110 y 196 y ss. de la misma norma; lo instruido en la resolución Nro. 1.600 del 5 de noviembre de 2008, complementado por lo dispuesto en resolución 10 del 13 de marzo de 2017, ambas de la Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón; lo resuelto en la resolución exenta Nro. 8.833-2010 de la Dirección Nacional del Servicio Médico Legal, que aprueba instrucciones y normativa técnica sobre exámenes de alcoholemia; la resolución exenta N° 3.363/13 que Aprueba las Guías de Procedimiento de Tanatología; lo expuesto en resolución exenta N° 8.083/14 que Aprueba actualización del texto sobre guía normativa técnica pericial de salud mental en las áreas de psiquiatría, psicología y trabajo social médico legal.

Considerando:

1.- Que, corresponde al Servicio Médico Legal, por imperativo de su Ley Orgánica, ejercer la tuición técnica de los organismos y del personal profesional o de otra índole que participen en la realización de peritajes médico-legales, en el ámbito público o privado, a través de la dictación de normas de aplicación general que regulen los procedimientos periciales que efectúen, o los que sirvan de base para ellos.

2.- Que, en virtud de las Políticas la Dirección Nacional relativas a la calidad y mejora continua de la labor pericial, periódicamente se efectúan jornadas técnicas de evaluación, en todas las áreas forenses de la Institución, que permiten detectar las necesidades de formalización normativa y/o actualización según corresponda, propendiendo a la efectiva colaboración en la administración de justicia que realizan según los Organismos Jurisdiccionales y de Investigación en todo el territorio nacional.

Resuelvo:

I.- Actualízase la normativa para la realización de exámenes de alcoholemia, para que se aplique en el Servicio Médico Legal y establecimientos de salud, públicos o privados, y móviles habilitados por

CVE 1513702

Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: +56 2 24863600 E-mail: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

este Servicio, Guías e Instrucciones de Tanatología y Normativa de Salud Mental Infantil y Adultos, a través de los textos adjuntos, que se entienden formar parte integral del presente acto administrativo.

II.- Aprueba instrucciones técnicas del Área de Histopatología.

III.- Publíquese la presente resolución, conforme lo prescribe la letra "b" del artículo 48 de la ley N°19.880 que Establece Bases de Procedimientos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, en la edición del Diario Oficial más próxima, junto con el envío de copia del texto completo de esta resolución y sus anexos al Ministerio de Salud para su divulgación y entrega a los Hospitales, Clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados.

Anótese, comuníquese y publíquese.- Gabriel Zamora Salinas, Director Nacional (S), Servicio Médico Legal.

NORMATIVA TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE ALCOHOLEMIA

El procedimiento para someter a una persona a un examen científico para determinar la dosificación de alcohol en sangre o en el organismo constará de las siguientes etapas:

- A.- HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y MÓVILES PARA LA TOMA DE MUESTRAS.
- B.- EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA DE SANGRE.
- C.- ENVÍO DE LA MUESTRA DE SANGRE AL LABORATORIO DE ANÁLISIS.
- D.- RECEPCIÓN DE LA MUESTRA DE SANGRE EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS.
- E.- ANÁLISIS DE LA MUESTRA.
- F.- EMISIÓN DEL INFORME PERICIAL.
- G.- RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE REMISIÓN DE ALCOHOLEMIAS A ÓRGANOS JURISDICCIONALES Y DE INVESTIGACIÓN Y SU DESPACHO.
- H.- ENTREGA DE INFORMES DE ALCOHOLEMIAS MÉDICO-LEGALES A PARTICULARES.
- I.- NORMA TRANSITORIA.

A.- HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y MÓVILES PARA LA TOMA DE MUESTRAS.

La extracción de la muestra se realizará en cualquier establecimiento de salud o móvil habilitado por el Servicio Médico Legal para tal efecto.

Para que un establecimiento de salud o móvil cuente con la habilitación del Servicio Médico Legal requerirá previamente que sus locales, recintos o espacios destinados a la obtención de muestras sanguíneas para alcoholemias cuenten con autorización sanitaria como salas de procedimiento menor o servicio privado de traslado de enfermos, a lo menos, según sea el caso.

Para que un establecimiento o un móvil puedan obtener la habilitación para toma de muestras sanguíneas, deberán remitir la solicitud respectiva a la Dirección Regional que corresponda a la ubicación del recinto, o del Servicio Público que estará a cargo del móvil.

Dicha solicitud deberá ser firmada por el Director del Establecimiento o del Servicio Público a cargo del operativo móvil.

El Servicio Médico Legal para otorgar la habilitación legal a los locales, recintos o móviles destinados a la obtención de muestras sanguíneas, realizará la o las visitas técnicas y capacitaciones que estime pertinentes, con el fin de informar y verificar el cumplimiento de las medidas de seguridad y precauciones básicas para el proceso, así como las condiciones físicas del lugar donde se realizará la extracción de las muestras, previo a la emisión de la Resolución que autoriza su funcionamiento.

La autorización otorgada por el Servicio Médico Legal tendrá validez para todo el territorio nacional.

B. EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA DE SANGRE

La extracción será ejecutada en establecimientos o móviles habilitados para la toma de muestra, a solicitud de funcionarios de Carabineros o de la Policía de Investigaciones de Chile.

La extracción de la muestra de sangre debe ser efectuada por un médico cirujano, quien será responsable de comprobar la identidad de la persona (con su respectiva Cédula de Identidad u otro documento que acredite identificación del país de origen, en caso de ciudadanos extranjeros), siempre en presencia del funcionario policial.

El profesional médico, podrá delegar el acto mismo de la extracción, en personal calificado de su dependencia, manteniendo su responsabilidad respecto de todo el procedimiento, en especial de la comprobación de la identidad del examinado, así como del cumplimiento de las normas técnicas que se imparten en el presente instructivo.

Para proceder a la toma de muestra, el médico deberá ceñirse a los siguientes procedimientos:

B1.- Se debe usar material desechable.

B2.- La asepsia de la piel en zona de punción deberá realizarse con algodón o similar, utilizando jabón desinfectante del tipo Triclosán 1% o equivalente, solución de mercurio, o solución de Lugol. No se deberá utilizar alcohol, solución alcohólica de yodo ni otros desinfectantes que contengan alcohol.

B3.- La sangre debe recibirse en tubos con anticoagulante y agente preservante, los que serán proporcionados por los laboratorios de análisis del Servicio Médico Legal.

B4.- El tubo se debe llenar completamente, para evitar la volatilización del alcohol que pudiese contener la muestra.

B5.- Junto con extraer las muestras, se extenderá una boleta de atención en el establecimiento habilitado por el SML, en duplicado, la cual debe contener la misma numeración que el tubo que contenga la muestra, evitando registrar en dicho tubo datos personales (Nombre y RUN del periciado).

Esta boleta debe estar escrita con letra imprenta y contendrá los siguientes datos:

- Nombre del Establecimiento de Salud o individualización del Móvil habilitado.
- Número o identificación de tubo (debe coincidir con número o identificación de boleta).
- Fecha y hora de la toma de muestra, la hora expresada en formato de 24 horas, (00:00 a 23:59 horas.).
- Nombre completo de la persona a quien pertenece la muestra de sangre.
- Número de Cédula de Identidad o documento de identificación del país de origen.
- Edad y género.
- En caso de personas no identificadas, o que no porten cédula de identidad, debe agregarse a la boleta una ficha dactiloscópica. Para tal efecto, el médico o el funcionario del establecimiento o móvil en quien éste delegue dicha facultad debe tomar las impresiones de las huellas dactilares de los diez (10) dedos de la persona que se le toma la muestra, llenando la totalidad de los datos requeridos en los formularios de ficha dactiloscópica que proporciona el Servicio Médico Legal, cuyo formato referencial, a modo explicativo, se encuentra en Anexo Nro. 1 de la presente normativa, el que forma parte integrante de la misma.
Con este objeto, el responsable del establecimiento habilitado por el SML, o del Servicio Público a cargo del móvil, deberá tomar contacto con la Dirección Regional del SML donde se encuentra el Establecimiento, o el Servicio Público, donde le serán entregados estos formularios y se le brindará la asesoría necesaria para llenarlos.
- Condición de la persona a quien se le toma la muestra, expresada como: Peatón, Conductor u otro.
- Apreciación clínica del estado de ebriedad, según juicio del médico, con base en anamnesis de ingesta alcohólica (si es posible) y detección de síntomas y signos de la misma en el examen físico. Marcando la celdilla correspondiente;
 - Sobrio o sin signos de ingesta alcohólica
 - Con signos de ingesta alcohólica o hálito alcohólico
 - Ebriedad manifiesta
 - Estado de coma.
- Observaciones clínicas acerca de la presencia de Traumatismo Cráneo-Encefálico o de síntomas y/o signos del consumo de drogas por el examinado, u otras observaciones que sean relevantes para la determinación del estado de ebriedad y para la interpretación de su resultado.
- Nombre completo, RUT (otro medio según nacionalidad) y firma, tanto del profesional que toma la muestra, como del médico responsable del procedimiento.
- Número de Placa y firma del funcionario policial que solicitó la toma de la muestra.
- Número de parte policial.
- Fecha y hora del suceso que motiva el examen, la hora expresada en formato de 24 horas (00:00 a 23:59).
- Comisaría u otra unidad policial emisora del parte.
- Fiscalía o Tribunal donde se enviará el parte policial.
- Huella dactilar del pulgar derecho de la persona a quien se toma la muestra, la que debe consignarse tanto en el original como en la copia del documento.

El formato tipo y las dimensiones de la boleta de alcoholemia serán las contenidas en anexo Nro. 2, el que forma parte integrante de la presente resolución.

B6.- Una vez completado el registro de datos en la Boleta de Alcoholemia, el tubo se debe envolver en el original de la Boleta, mientras la copia se reserva para la elaboración de la nómina que se detalla más adelante.

El tubo rotulado sólo con el número de la boleta y envuelto en el original del documento, debe ser depositado por el médico en la caja de seguridad destinada al efecto.

El tubo se depositará a través del orificio de la caja, en presencia del funcionario policial que condujo al afectado y del afectado mismo, si la condición de salud de este último lo permite.

La caja de seguridad debe ubicarse en un lugar visible en la sala de extracción de muestras, para que presencien la colocación en su interior del tubo y de la boleta correspondiente, tanto el periciado como el funcionario policial que lo acompaña.

El tubo con muestra no debe quedar fuera de la caja de seguridad, hay que depositarlo de inmediato dentro de la misma, de manera de asegurar la integridad de la muestra.

El modelo de las cajas de seguridad se encuentra señalado en anexo Nro. 3, el que forma parte integrante de la presente resolución, debiendo cada establecimiento de salud o servicio público a cargo del procedimiento móvil encargarse de su adquisición.

En todo caso el modelo de caja contará con: una parte fija, una parte removible, llave y clave de seguridad.

La parte removible no deberá marcarse, ni llevar ningún tipo de identificación, aceptándose sólo la eventual numeración del inventario del establecimiento.

La llave y clave de la caja de seguridad estará sólo en poder de la persona encargada de la recepción de las muestras de Alcoholemia en el Laboratorio del Servicio Médico Legal que corresponda territorialmente.

Cada recinto, local o móvil habilitado deberá contar con a lo menos dos, o más, elementos removibles de la caja de seguridad para reemplazar el que se retire en el momento del envío de las muestras al laboratorio del SML.

Esta caja de seguridad deberá mantenerse resguardada en esa sala o en el móvil, sujeta mediante candado a la pared o estructura fija. La llave de este candado deberá estar a cargo de un funcionario responsable que designe el Jefe del establecimiento o Responsable del móvil habilitado por el SML, y será empleada sólo para cambiar la caja por otra vacía, cuando se transporten las muestras al laboratorio de análisis.

Los tubos vacíos para las muestras deberán ser guardados con llave en los establecimientos y móviles habilitados por el SML y su cantidad deberá ser controlada periódicamente. Quedando estrictamente prohibido el intercambio de tubos entre un centro asistencial o un móvil y otro.

B7.- En caso que el afectado se niegue a la extracción de la muestra, se confeccionará igualmente la Boleta de Alcoholemia, con todos sus datos y muy especialmente con el registro de la apreciación clínica, efectuada por el médico, y que, según su análisis, presentaba el usuario/a.

En el espacio dispuesto para registrar otras observaciones, el médico dejará constancia de la negativa, anotando "Rechaza toma de muestra", o "Se niega a la toma de muestra". El centro asistencial deberá consignar claramente en la nómina al igual que en la boleta, en forma clara, las razones por las cuales se ha rechazado por parte del usuario/a la toma de muestra sanguínea.

Deberá depositarse igualmente el tubo vacío en la caja, envuelto en la boleta llenada al efecto, siguiendo el procedimiento establecido para todas las tomas de muestra.

C.- ENVÍO DE LAS MUESTRAS DE SANGRE PARA SU ANÁLISIS

El envío de las muestras es de responsabilidad del Médico Jefe del establecimiento o médico responsable del móvil habilitado por el SML, o del profesional en quien éste delegue esta función.

Para remitir las muestras al Laboratorio de Análisis del Servicio Médico Legal, el remitente deberá ceñirse a los siguientes procedimientos:

C1.- El Laboratorio de Análisis donde serán enviadas las muestras será el del Servicio Médico Legal correspondiente a la Región donde se produzca la toma de muestra, y/o a aquel que determine y comunique oportunamente la autoridad correspondiente del SML, de acuerdo a las posibilidades técnicas del Servicio, o aquel que específicamente instruya u ordene el Ministerio Público o Tribunal competente.

C2.- El establecimiento de salud o móvil habilitado remitirá las muestras al laboratorio de análisis, en el más breve plazo, de acuerdo al calendario de recepción establecido por el Servicio Médico Legal para este fin, el que será informado oportunamente.

C3.- Con los datos indicados en las copias de las boletas correspondientes a las muestras depositadas en la caja de seguridad, deberá confeccionarse una nómina de envío, en duplicado, la que será remitida

conjuntamente con esa caja de seguridad. La nómina deberá encontrarse impresa o escrita a máquina y sin perjuicio de lo anterior podrá enviarse en formato electrónico confeccionado con software habilitado por el Servicio Médico Legal y en los casos que se carezca de dichos implementos, con letra imprenta legible.

El formato de esta nómina se detalla en el Anexo Nro. 4, el cual forma parte integrante de la presente resolución, bajo la denominación “Nómina de Remisión de Muestras de Alcholemla”.

La Nómina deberá contener:

- Nombre del Establecimiento
- Fecha de Remisión.

Se registrarán en orden cronológico para cada muestra los siguientes datos:

- Número de tubo, de acuerdo a orden interno asignado por cada establecimiento habilitado por el SML.
- Nombre completo de la persona a la que pertenece la muestra.
- Cédula de Identidad u otro medio de verificación del país de origen de la persona a la que pertenece la muestra.
- Fecha y hora de toma de muestra, la hora expresada en formato de 24 horas (00:00 a 23:59.)
- Nombre y número de cédula de identidad del Profesional que tomó la muestra en cada caso.
- Observaciones en las que se indicará si “Rechaza toma de muestra”, o “Se niega a la toma de muestra” cuando corresponda.
- Nombre, RUN, firma y timbre del Médico responsable del proceso, validando toda la nómina.

Las copias de las Boletas de Alcholemla serán archivadas en el establecimiento de salud habilitado por el SML por cinco años.

C4.- La nómina elaborada, en duplicado, será firmada por el ya individualizado profesional responsable del envío de las muestras, y su envío será en original y copia. Será colocada en sobre cerrado, junto con las fichas dactiloscópicas que se hayan tomado, a las personas a quienes se les tomó la muestra, cuando corresponda.

C5.- La caja de seguridad, en conjunto con el sobre cerrado conteniendo las nóminas antes mencionada y las fichas dactiloscópicas, en su caso, serán remitidas a la Dirección Regional del Servicio Médico Legal que corresponda a la ubicación del recinto en donde se tomen las muestras respectivas, o se realizó el operativo móvil, y/o a aquel que determine y comunique oportunamente la autoridad correspondiente del SML, de acuerdo a las posibilidades técnicas del Servicio, o aquel que específicamente instruya u ordene el Ministerio Público o Tribunal competente.

C6.- El traslado de la muestra podrá realizarse de diferentes maneras según se indica a continuación.

C.6.1.- Los traslados realizados por los establecimientos de salud o móviles habilitados por el Servicio Médico Legal y que se encuentren en la misma localidad que el Laboratorio de Análisis y/o el Servicio Médico Legal Regional deberán transportar la caja de seguridad y el sobre por conducto de un dependiente a quien se delegue la responsabilidad, designado por el Jefe del establecimiento habilitado, y no por persona ajena.

En caso de dispositivos móviles, la custodia recaerá sobre el profesional responsable designado por el Servicio Público a cargo.

Esta persona será responsable de cualquier pérdida o destrucción de muestras que se produzca en el trayecto. El Jefe del establecimiento o móvil habilitado controlará la hora de salida del dependiente desde su establecimiento hacia las dependencias del Laboratorio de Análisis, consignándola en la nómina que remite.

En el Servicio Médico Legal se registrará la hora de ingreso de las muestras, junto a la hora de recepción conforme o no de las muestras, todo en la misma nómina.

C.6.2.- Los traslados por medio de un tercero, se podrán efectuar sólo si el establecimiento o móvil remitente de las muestras se ubica en una localidad distinta de la capital regional y/o del laboratorio de análisis, mediante el envío de la caja de seguridad y de sus documentos anexos en sobre cerrado a través de encomienda, correo certificado, o por otro medio que asegure su correcto transporte y entrega.

D.- RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL SML

El laboratorio del Servicio Médico Legal contará con una dependencia destinada al proceso recepción de muestras, a cargo de funcionarios responsables que deberán verificar la correcta recepción de las muestras y de su integridad para proceder a derivar las mismas para su análisis.

Las muestras llegarán en caja de seguridad cerrada. Los procedimientos de recepción serán los siguientes:

D1.- El dependiente del centro asistencial o móvil entregará la caja de seguridad al funcionario del SML encargado de la recepción de éstas. En nómina se registrará la fecha y hora de apertura de caja, número de caja y número de muestras contenidas.

De igual forma se elaborará un documento en el que se dejará constancia de la no conformidad, cuando se constate que el contenido de la caja no corresponde a lo referido en nómina, cuando se recepcionen tubos con muestra insuficiente, existan problemas de rotulación, sellos alterados, filtraciones de sangre, etc. Este documento se emitirá luego de recibir la caja y revisarla.

Deberá entregarse al funcionario portador de la caja de seguridad un número de tubos vacíos igual al número de tubos que contiene la caja de seguridad, lo que se consignará en la nómina.

D2.- El funcionario responsable del Servicio Médico Legal abrirá la caja con llave y clave correspondiente bajo una cámara de seguridad en caso que se cuente con ella o en presencia de otro funcionario que actuará como ministro de fe; la finalidad será registrar y dar transparencia al proceso debiendo devolver la caja junto al oficio, en el cual se deberán consignar las no conformidades si las hubiera, en un plazo máximo de 3 días hábiles.

En caso de ser recibidas las muestras mediante encomienda, se remitirá por correo certificado, o por otro medio idóneo que garantice la seguridad de su transporte y entrega, una encomienda de canje, conteniendo la caja de seguridad vacía, la nómina en sobre cerrado y una caja con tubos vacíos en igual número a los recepcionados.

D3.- Cada tubo será extraído y desenvuelto cuidadosamente, tras lo cual se verificará, para cada uno de ellos, que la boleta contenga todos los datos requeridos y muy especialmente, la identificación de la persona a la que se le tomó la muestra y su huella dactilar, además de figurar la firma del médico, su RUT, el número de placa del funcionario policial y su firma, el número de parte y el Juzgado o Fiscalía que corresponda, cuando se disponga de estos datos, así como la fecha y hora de la toma de muestra.

Si el tubo se acompaña de ficha dactiloscópica, verificar si ésta está completa de acuerdo al formato que figura en anexo al presente documento.

D4.- Si alguna muestra no cumple con los requisitos anteriores se dejará constancia de la anomalía detectada y se enviará un oficio al establecimiento o móvil correspondiente, solicitando las aclaraciones respectivas, para luego, con estas, proceder a las correcciones pertinentes. Estas irregularidades incluyen: tubos con muestra insuficiente, problemas de rotulación, sellos alterados, filtraciones de sangre y la no aclaración de las anomalías y falta de respuesta a los oficios enviados por el Servicio.

Luego de su aclaración, las anomalías serán comunicadas, por el medio que el Servicio Médico Legal estime conveniente, a la Fiscalía del Ministerio Público o Tribunal correspondiente, como un anexo al informe final.

De no recepcionarse respuesta aclaratoria, se informará igualmente, haciendo expresamente mención de dicha circunstancia, al Ministerio Público o Tribunal correspondiente.

Se deberá llevar un registro de aquellos establecimientos o móviles que no cumplen con los requisitos de envío de muestras, con el fin de ponderar la vigencia de la habilitación otorgada.

Con el mismo fin anterior, el Servicio Médico Legal podrá agendar visitas de Fiscalización en terreno tanto a los centros como a los móviles habilitados.

Se considerarán contravenciones especialmente graves a esta normativa, si el establecimiento o móvil habilitado efectúa el envío de tubos semi-vacíos, rotos o mal sellados.

Por otra parte, los defectos contenidos en la documentación se considerarán de menor gravedad, pues son susceptibles de subsanarse con una aclaración firmada por quien suscribió originalmente el documento defectuoso, siempre y cuando dicha aclaración se materialice efectivamente. De no suceder esto último se considerará como contravención grave.

D.5.- Si las muestras son recibidas por medio de una encomienda, se seguirán los mismos procedimientos, abriéndose la caja de seguridad con las mismas condiciones en que se recepcionan las cajas traídas por mano, lo que deberá ocurrir a más tardar al día siguiente hábil de la recepción.

D6.- Firmarán la nómina el funcionario encargado de la recepción y el profesional responsable de la recepción de Alcoholemias indicando la fecha y la hora.

D7.- Los funcionarios encargados de la recepción de las muestras asignarán un número de Ingreso a cada una de ellas, colocándolo sucesivamente en el tubo, en la Boleta y en la Nómina de Muestras de Alcoholemia Remitidas.

Este número de ingreso se denominará Número de Informe de Alcoholemia.

Este número es correlativo y comienza cada año desde el N°01 en adelante y posee el formato consistente en su número correlativo, guion y los últimos dos dígitos del año.

En casos de delitos sexuales y autopsias, cuya toma de muestra ocurre a través de los servicios de urgencia de los centros asistenciales, los procedimientos de remisión podrán ceñirse a las normas establecidas para el envío de muestras forenses en general, utilizando el formulario único de cadena de custodia.

D8.- Concluidos estos procedimientos, el o los encargados de la recepción de muestras procederán a entregar las muestras de inmediato, o a más tardar al día hábil siguiente, al profesional Jefe del Laboratorio de Análisis respectivo, o al profesional que él designe en su reemplazo, el que tendrá la responsabilidad que el proceso de análisis sea realizado con prontitud.

La referida entrega se acompañará de un registro con el número de muestras enviadas, su codificación e identificación de los centros asistenciales, y del registro de la revisión por parte del responsable de la recepción de las muestras de Alcoholemia, consignando fecha y hora de envío de las muestras.

Los contenidos específicos del registro y su forma de ingreso en bases de datos se realizarán de acuerdo a los Procedimientos Normalizados de Trabajo "PNT" de cada Laboratorio de Análisis Regional.

Los referidos protocolos (PNT) deberán constar en documentos visados y actualizados por el Centro Referencial respectivo, el cual, a su vez, deberá seguir los lineamientos técnicos del nivel central.

E.- ANÁLISIS DE LA MUESTRA

E1.- Verificación de la muestra.

Una vez recibidas las muestras junto con las boletas, el perito ejecutor del análisis procederá a verificar que el rótulo que identifica al tubo con muestra sanguínea sea el mismo que está consignado en la Boleta de Alcoholemia; si existe alguna observación o no conformidad a éste respecto, y cuando ésta no haya sido consignada previamente por la Unidad de Recepción de Muestras de Alcoholemia, el perito ejecutor registrará la observación en la boleta y gestionará el envío del oficio solicitando aclaración con posterioridad, antes de emitir el informe.

E2.- Método analítico.

Dos son los procedimientos para cuantificar la cantidad de alcohol contenida en una muestra de sangre a utilizar, uno de ellos es Cromatografía en fase Gaseosa con Head-Space y el otro es el micro método de Widmark, disponible en aquellas sedes del SML que no cuentan con cromatógrafo de gases.

Dichas sedes deberán, necesariamente, confirmar los resultados de análisis que resulten positivos con los centros referenciales más cercanos que posean Cromatografía Gaseosa Head Space.

Ambos métodos se encuentran descritos en la Normativa Interna Nacional y oficial.

E3.- Análisis y registro de resultados.

Antes de efectuar el análisis, el perito ejecutor deberá dejar una mancha de sangre en papel filtro de todas las muestras recibidas, para una eventual determinación de perfil genético (ADN).

Dicha muestra deberá ser identificada y rotulada con el correspondiente número de alcoholemia asociado a la muestra de la cual proviene, por el mismo profesional.

La responsabilidad del cumplimiento de este proceso corresponderá exclusivamente al perito ejecutor.

La muestra reservada para este fin será guardada por 5 años, al cabo de los cuales podrán ser eliminadas.

E4.- Criterios de repetición de los exámenes.

Si el resultado de la alcoholemia es positivo (superior a 0,2 g/L) o se presume positivo por la apreciación clínica indicada en la boleta respectiva, el análisis debe ser efectuado una segunda vez por otro perito. En el caso que exista un solo perito en la Sede, será éste quien deberá repetir el análisis.

a.- Obtenido el resultado del segundo análisis, en caso de ser estadísticamente aceptables (lo que se encontrará fijado en los procedimientos internos de trabajo de cada laboratorio), los resultados

de ambos exámenes serán promediados, consignándose los resultados de ambos análisis en el reverso, y el promedio en el anverso, de cada boleta.

- b.- Cuando el resultado del segundo análisis es estadísticamente inaceptable con el primero, por poseer una desviación estándar sobre los límites fijados en procedimiento interno del laboratorio, se realizará un tercer análisis en duplicado, con el fin de establecer valores estadísticamente aceptables para dicha muestra.

E5.- Criterios Estadísticos

Los criterios de aceptabilidad estadística para cada método analítico serán determinados en Procedimientos Normalizados de Trabajo "PNT" internos de trabajo de cada laboratorio.

E6.- De los controles de calidad

Todos los laboratorios de análisis de alcoholemia deberán cumplir con controles de calidad de acuerdo a los Procedimientos Internos Normalizados de Trabajo "PNT", según la metodología utilizada, con el fin evitar no conformidades del proceso.

Todas las actividades de Calidad deberán ser registradas continuamente, a fin de adoptar y dar seguimiento a las acciones correctivas, según corresponda.

E7.- Ingreso de Resultados

El perito anotará todos los resultados del análisis en el reverso de cada boleta, así como el promedio final en el anverso, ambos con lápiz de tinta indeleble, e ingresará los resultados de su análisis a la Base de Datos de las Alcoholemias, según disponga, verificando que el valor ingresado corresponda con el denominado número de alcoholemia.

Para el caso de aquellos Servicios que no cuenten con red computacional, se prohíbe la mantención de otros documentos de registro, como libros, cuadernos u otros por la posibilidad de que puedan ser consultados por personas no autorizadas al efecto; por ello se deberán conservar las boletas ordenadas y debidamente protegido el acceso a éstas del personal no autorizado.

Frente a cualquier duda que surja posteriormente, se recurrirá a la boleta para la confirmación del resultado del examen, la que deberá encontrarse, junto con toda la demás documentación asociada al caso, en el archivo o repositorio que se señalará al tratar del archivo de boletas.

En todo caso, existirán libros o documentos que sirvan para fijar y determinar la trazabilidad del proceso, mas no los resultados.

E8.- Archivo de boletas

Las boletas con los resultados de análisis, junto con copias de los informes, así como de cualquier otra documentación generada durante el proceso de análisis, quedarán archivadas bajo llave por un plazo mínimo de 5 años y un máximo de 10, al término de los cuales se dispondrá de ellas de acuerdo a la normativa vigente a la fecha sobre eliminación y resguardo de documentos públicos.

Los expedientes que contengan las boletas estarán ordenados según su número de informe, de forma que sea fácil la ubicación de alguna de ser necesario.

Lo anterior podrá suplirse por un repositorio digital, en aquellos casos en que se cuente con firma electrónica y pueda darse cumplimiento a la normativa vigente sobre las materias de eliminación y conservación documental mediante su equivalente electrónico.

Tendrán el control de acceso a dicho depósito físico o repositorio digital, sólo la Jefatura del laboratorio y la (el) Encargada(o) Administrativa(o) de la misma Unidad o en quienes el Director Regional delegue la responsabilidad.

E9.- Eliminación de muestras

El excedente de sangre de la muestra original luego de los procedimientos de análisis, deberá guardarse por tres meses, de existir la infraestructura para la mantención de la muestra en condiciones adecuadas, contados desde la emisión del informe, con la finalidad de repetir la alcoholemia en caso que el Ministerio Público o Tribunal así lo ordene.

Transcurrido el plazo antes indicado el excedente de la muestra será eliminado.

Lo anterior, sin perjuicio de los requerimientos, órdenes o instrucciones que el Fiscal del Ministerio Público y/o Tribunal, según corresponda, puedan realizar al respecto.

En cuanto a la reserva de manchas de sangre en papel filtro para eventual verificación de identidad por ADN, éstas se mantendrán por el periodo de 5 años, luego de lo cual serán eliminadas.

F. EMISIÓN DEL INFORME

F1.- Formato del informe

Los informes de alcoholemia serán impresos, en papel seriado, con isotipo del Servicio, una vez concluido el proceso analítico, y serán firmados por el perito ejecutor y archivados en orden correlativo, a la espera de la Orden Judicial o del Ministerio Público que solicite su remisión.

En aquellos laboratorios en que se cuente con los medios pertinentes, el perito ejecutor podrá firmar electrónicamente el informe, en cuanto se encuentre concluido el proceso analítico, y este documento deberá incorporarse al repositorio digital señalado en el apartado E8, pudiendo en estos casos prescindirse de la equivalente impresión, firma holográfica y archivo físico de la documentación.

El resultado del examen será consignado con color rojo, por cualquier medio disponible, sobre el formulario del informe ya impreso o en su formato digital, cuando corresponda.

Si, por otra parte, el informe posee errores en el registro del resultado, se deberá reemplazar por un nuevo documento, previa comunicación escrita a la Jefatura del Departamento de Laboratorios, o su delegado para tales efectos.

El nuevo informe deberá necesariamente hacer referencia al anterior, y expresar claramente el motivo por el cual se produjo el cambio de resultado.

F2.- Contenido del informe

Desde la perspectiva legal, los informes periciales emitidos deben contener a lo menos tres elementos fundamentales:

- a) La descripción de la cosa que fuere objeto de él, del estado y modo en que se hallare, esto se cumplirá al señalar una descripción relevante de la muestra, destacando sus condiciones de recepción, la indemnidad de sus sellos y estado general de su contenido a modo ejemplar: muestra coagulada, escasa o insuficiente para realizar el análisis.
- b) La relación circunstanciada de todas las operaciones practicadas y su resultado, esto se cumplirá al señalar el método de análisis empleado.
- c) La conclusión, que se cumplirá al señalar la expresión numérica de la cantidad de alcohol presente en la muestra expresada en gramos de alcohol por litro de sangre (g/L).

F3.- Firma del informe

El informe de alcoholemia en formato físico o digital será entregado al perito que efectuó el análisis para su firma holográfica o electrónica, según corresponda, en cuanto hubiese concluido el proceso analítico. El perito deberá cotejar los datos del informe respecto de los datos de la boleta de alcoholemia, a fin de constatar la coincidencia de todos los antecedentes que aparecen en ella con el informe impreso o digitalizado que recibe para firmar.

La oportunidad de la firma y el tratamiento del documento se encuentran regulados en el párrafo F1 del presente documento.

Ante la ausencia temporal o impedimento del perito ejecutor para cotejar los datos y estampar su firma, la Jefatura del Departamento de Laboratorios y/o el Director Regional correspondiente, previa consulta al Área Técnica respectiva, designará a otro perito, que cumplirá la misma labor, y firmará bajo su nombre y responsabilidad el informe de alcoholemia, dejando constancia de tal circunstancia.

La constancia de los despachos de cada informe, será respaldada por el encargado administrativo, mediante Oficio u otro medio del que se disponga, consignando expresamente la fecha de dicho despacho.

G.- RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE REMISIÓN DE INFORMES DE ALCOHOLEMIAS A ÓRGANOS JURISDICCIONALES Y DE INVESTIGACIÓN PENAL Y SU DESPACHO

G1.- Cuando se reciban requerimientos de los Tribunales o del Ministerio Público solicitando la remisión de informes de alcoholemia, el Encargado Administrativo gestionará el despacho del informe respectivo.

Tratándose de oficios que reiteren una solicitud de informe (pide cuenta), y ante el caso de haberse despachado ya el original, se remitirá, en respuesta al requerimiento, una copia conforme en la que se consignarán los datos de identificación del Tribunal o Fiscal, el número de la causa y la fecha del despacho original. Dicha copia conforme expresará tal calidad, llevando firma y timbre del jefe del laboratorio de análisis, y equivaldrá al original para todos los efectos legales.

Lo mismo se hará en caso que se reciba una primera solicitud de un Tribunal o Fiscalía distinto al de la remisión original, o se reciba más de un requerimiento respecto a un mismo informe, desde órganos distintos, aun cuando no se hubiese aún despachado.

Si el oficio recibido desde el Tribunal o Ministerio Público se refiere a una muestra de una persona cuyo nombre o datos generales, que permitan establecer su identidad, no figuran en la base de datos

de muestras recibidas, se emitirá y despachará inmediatamente un oficio respuesta, comunicando al requirente que no se encuentra registrada la muestra de la persona según los antecedentes enviados.

Dicho documento podrá ser firmado indistintamente por el encargado administrativo o por el Jefe de Laboratorio de Análisis.

Si el oficio recibido desde el Tribunal o el Ministerio Público se refiere a un examen procedente de un peritaje Tanatológico, de Sexología Forense u otro cuya toma de muestra fue realizada en un establecimiento del Servicio Médico Legal, desde el laboratorio se realizarán todas las acciones de coordinación necesarias a fin de enviar directamente el resultado del examen al requirente.

G2.- Una vez que los informes han sido firmados y solicitados por el Tribunal o Fiscalía, se procederá a timbrarlos y se consignará la fecha de despacho en él y en la orden judicial, fecha que posteriormente será ingresada en la base de datos de alcoholemia, si es que se cuenta con ella, o en libros habilitados para tal efecto.

G3.- Los informes de alcoholemias ya visados, serán despachados en sobres cerrados a los Tribunales o Fiscales solicitantes, por estafeta, o bien por correo certificado, o mediante el medio electrónico que haya validado el requirente, en el caso de los documentos electrónicos.

G4.- Las órdenes judiciales o del Ministerio Público que se recepcionen deberán ser archivadas, por numeración correlativa respecto del informe al cual correspondan, en el mismo repositorio del que trata el apartado E8.

H.- SOBRE ALCOHOLEMIAS VOLUNTARIAS Y ENTREGA DE RESULTADOS A INSTITUCIONES O PARTICULARES

H1.- Alcoholemias Voluntarias.- La toma de muestra para un examen de alcoholemia voluntario, es decir, sin que exista un procedimiento, investigación u orden por parte del Ministerio Público o Tribunales, se debe requerir directamente en el Servicio Médico Legal, donde el requerimiento podrá tramitarse o denegarse, de acuerdo a la demanda de casos judiciales o penales existentes en la respectiva sede, en atención al correcto y continuo desempeño de la función pública y el objeto principal del Servicio.

De realizarse el procedimiento, este se encontrará regido, en cuanto a su cobro, por lo dispuesto en el artículo N° 4° de la Ley 20.065, en concordancia con lo prescrito en el artículo 18 de la Ley 20.285.

En cuanto al procedimiento de toma de muestras en el Servicio Médico Legal, éste se realizará según el procedimiento interno establecido para tales efectos por cada laboratorio del SML.

Para la entrega de informe de alcoholemia voluntaria, el involucrado deberá enviar una carta al Director Nacional (o Director Regional) del SML, indicando las razones que motiven la petición, junto con:

- Declaración jurada notarial, que certifique que no existe investigación criminal o penal de hechos relacionados o vinculados con el momento de la toma de muestra.
- Fotocopia de su Cédula de Identidad.
- Pago del arancel establecido y autorizado por el SML para cada muestra analizada.

El retiro del informe deberá realizarse personalmente por el requirente, en la sede del Servicio Médico Legal correspondiente.

H2.- Entrega de resultados a Instituciones o Particulares.

Los requerimientos de entrega de resultados o copias de informes de alcoholemia solicitados por instituciones distintas al Ministerio Público o Tribunales, así como las solicitudes que en tal sentido presenten particulares, serán derivadas directamente a la Dirección Nacional del Servicio Médico Legal para su resolución, de acuerdo a la normativa aplicable a cada caso concreto.

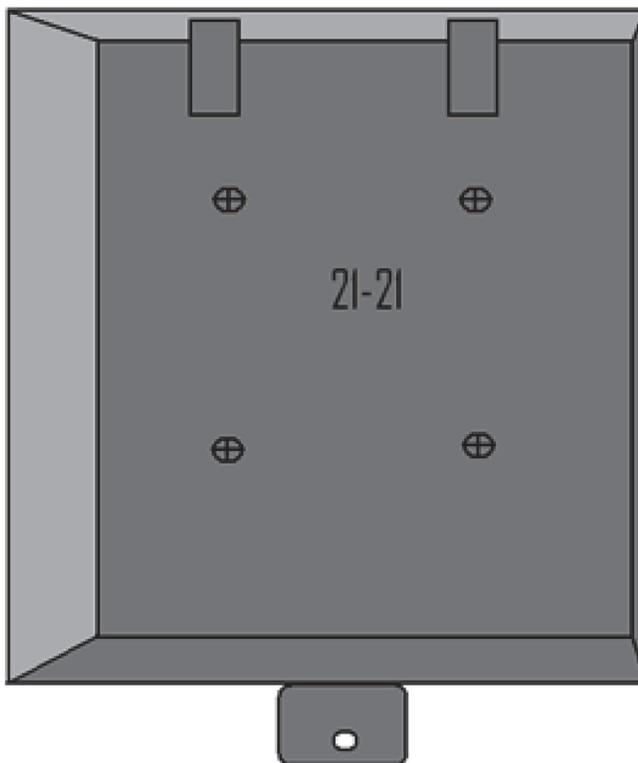
La Dirección Nacional del Servicio Médico Legal podrá dictar circulares instruyendo los criterios generales a adoptar respecto a los casos de mayor ocurrencia.

I.- NORMA TRANSITORIA

La implementación de lo establecido en la presente normativa, se aplicará a nivel nacional en el Servicio Médico Legal, en forma gradual, de acuerdo a las posibilidades presupuestarias en lo que diga relación a ello, y atendida la calendarización que determine la Subdirección Médica del Servicio en coordinación con los Directores Regionales.

<p style="text-align: center;">II.- APRECIACIÓN CLÍNICA</p> <p>9.- Grado de Ebriedad:</p> <p>Sobrio o Sin Signos de ingesta Alcohólica <input type="checkbox"/></p> <p>Con Signos de Ingesta Alcohólica o Hábito Alcohólico <input type="checkbox"/></p> <p>Ebriedad Manifiesta <input type="checkbox"/></p> <p>Estado de Coma <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">III.- OBSERVACIONES</p> <p>10.- Presencia de TEC <input type="checkbox"/></p> <p>11.- Presencia de Drogas <input type="checkbox"/></p> <p>12.- Rechaza Toma de Muestra SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Otras: _____</p>
<p>IV.- IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE TOMA LA MUESTRA</p>	
<p>13.- Nombre: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES</p>	
<p>14.- R.U.N.: <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>15.- Firma: _____</p>	
<p>V.- IDENTIFICACIÓN DEL PARTE POLICIAL</p>	
<p>16.- Nro. Placa Func. Policial _____ 17.- Firma Func. Policial _____</p> <p>18.- Nro. de Parte Policial _____</p> <p>19.- Fecha y Hora del Suceso que motiva el Examen</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small> <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>HORA MINUTOS</small> <small>(00:00 a 23:59)</small> </p> <p>20.- Comisaría o Unidad Policial Emisora del Parte _____</p> <p>21.- Fiscalía o Tribunal receptor del Parte _____</p>	
<p style="text-align: center;">VI.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCESO</p> <p>22.- Nombre: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO - NOMBRES</p> <p>23.- R.U.N.: <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>24.- Firma: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella dactilar Pulgar derecho de la Persona a quien se Toma la Muestra</p>	
<p>En este acto se informa que, con respecto a la reserva de sangre en papel filtro, para una eventual verificación de identidad por ADN, ésta se mantendrá en custodia del SML por un periodo de 5 años, y que, dicha verificación se realizará sólo ante orden expresa del Ministerio Público o Tribunal en dicho sentido.</p>	

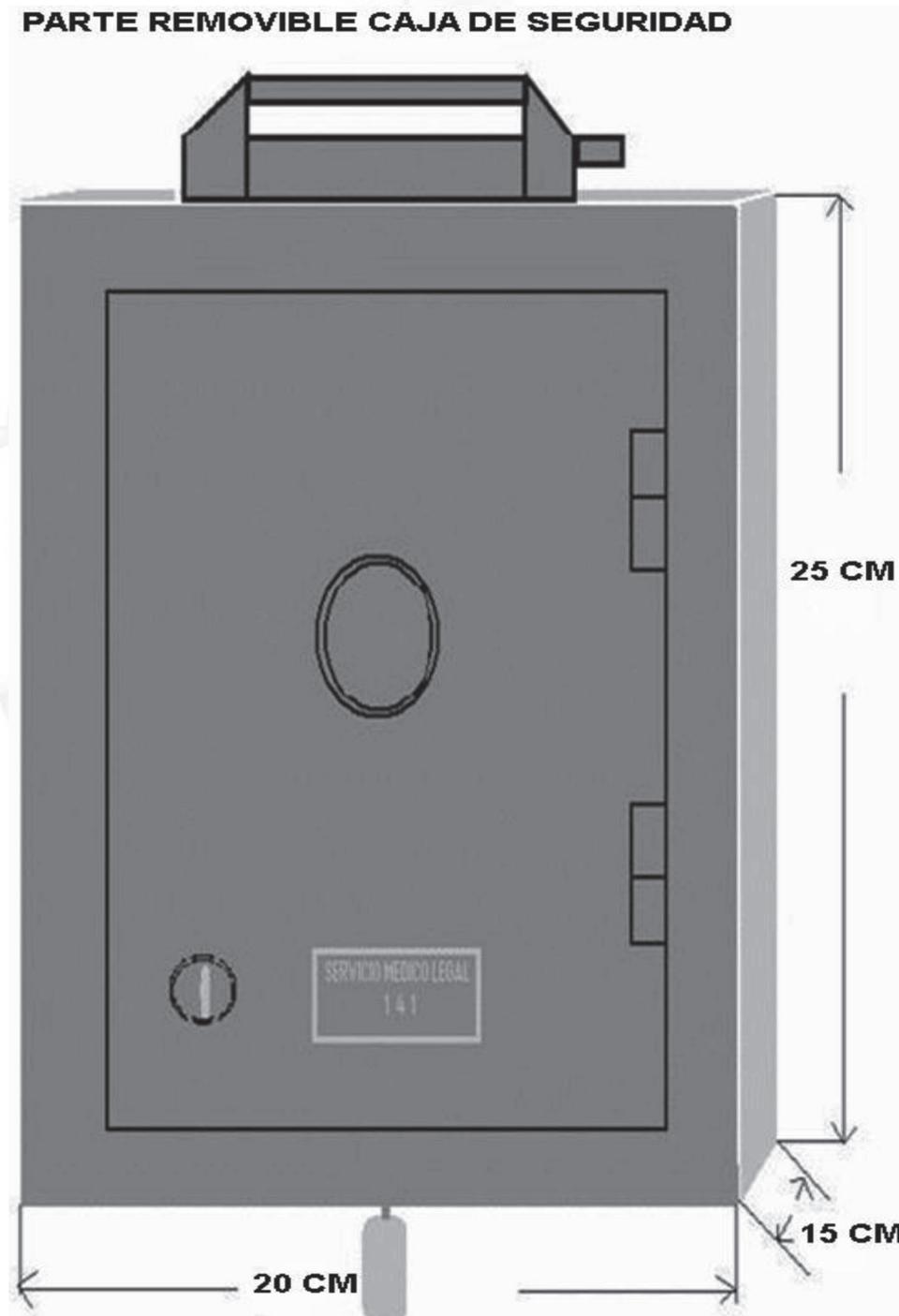
PARTE FIJA CAJA DE SEGURIDAD



PARTE SUPERIOR CAJA DE SEGURIDAD



PARTE REMOVIBLE CAJA DE SEGURIDAD



ANEXO Nro. 5: Informe Referencial de Alcoholemia

Serie AA N° 395846



INFORME DE ALCOHOLEMIA

Santiago, lunes 10 de septiembre de 2018

INFORME DE ALCOHOLEMIA N° **30584-18**

RESULTADO **0,00** g/L

Señor Juez/Fiscal

El perito ejecutor que suscribe, certifica que la muestra de sangre, identificada como perteneciente a Don(a):

_____, RUN N° _____, tomada para examen de alcoholemia el día BOLETA DICE: 29-06-18 A las: 18:10 hrs.,

Centro Asistencial CONSULTORIO GUSTAVO MOLINA por el Dr(a) _____, RUN N° _____.

Según consta en la respectiva boleta de alcoholemia, que se recibió el día 31-08-2018; siendo analizadas el 03-09-2018 .

El perito ejecutor que suscribe, certifica que el método analítico empleado para el análisis fue Cromatografía en fase gaseosa asociada a Head-Space con detector FID, obteniendo un resultado de **0,00 g/L.** (CERO COMA CERO CERO gramos por Litro)

Saluda atentamente a usted

Perito Ejecutor

Se informa que respecto a la reserva de mancha de sangre en el papel filtro, para una eventual verificación de identidad por ADN, ésta se mantendrá por el periodo de 5 años contados desde la toma de muestra, y dicha verificación se realizará exclusivamente por orden expresa en dicho sentido emitido por el Ministerio Público o Tribunal correspondiente.



SERVICIO MEDICO LEGAL- DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
Avda. La Paz 1012, Independencia/ Fonc 227823719

Serie AA N° 395846

N° INFORME : 30584-18
RESULTADO : 0,00 g/L (CERO COMA CERO CERO)
DONANTE/RUN : _____
12.264.978-4
PROCEDENCIA : CONSULTORIO GUSTAVO MOLINA
FECHA Y HORA TOMA DE MUESTRA : BOLETA DICE: 29-06-18 18:10
NOMBRE MÉDICO : _____
RUT MÉDICO : _____



SERVICIO MEDICO LEGAL- DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
Avda. La Paz 1012, Independencia/ Fono 227823719

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS MÉDICO-LEGALES
Tabla de contenido

CAPÍTULO I: ÁMBITO DE APLICACIÓN

CAPÍTULO II: PRINCIPIOS Y REGLAS RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS DE AUTOPSIAS MÉDICO - LEGALES

CAPÍTULO III: COMPONENTES BÁSICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUTOPSIA MÉDICO LEGAL:

1. SITIO DEL SUCESO
2. INFORMACIÓN DISPONIBLE
3. CADENA DE CUSTODIA
4. IDENTIFICACIÓN
5. PASOS A SEGUIR PARA LA IDENTIFICACIÓN:
 - A. Fotografía de rostro, de presentación de restos o protocolar:
 - B. Descripción de objetos personales.
 - C. Descripción de características físicas y antropológicas
 - D. Corroboración de la concordancia
 - E. Toma de impresiones dactilares
 - F. Examen maxilofacial
 - G. Obtención, análisis y comparación de perfiles genéticos
 - H. Estudio Radiológico
 - I. Reconocimiento del cadáver
6. EXAMEN CORPORAL
 - A. Examen externo
 - B. Examen interno
 - I. Cabeza
 - II. Cuello.
 - III. Tórax
 - IV. Abdomen:
 - V. Genitales.
 - VI. Disecciones especiales.
 - VII. Esqueleto:
7. EXÁMENES DE LABORATORIO Y TOMA DE MUESTRAS
 - A. Procedencia
 - B. Categorías
 - I. Alcoholemia
 - II. Reserva de ADN
 - III. Examen histopatológico
 - IV. Examen toxicológico
8. CAUSA DE MUERTE:
 - A. Examen de Laboratorio forma de proceder
 - I. ADN:
 - II. Alcoholemia:
 - III. Toxicológico:
 - IV. Histopatológico:
 - B. Exámenes de Excepción
 - C. Procedimientos Complementarios
 - D. Definición de la Causa de la Muerte
 - E. Categoría Causa de muerte
9. OPORTUNIDAD
10. INFORME DE AUTOPSIA
11. EMISIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
12. EMISIÓN DE FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA
13. AMPLIACIONES Y CONSULTAS
14. ANEXO MODELO INFORME PERICIAL TANATOLÓGICO

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS MÉDICO-LEGALES

CAPÍTULO I

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Servicio Médico Legal es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, desconcentrado territorial y funcionalmente a través de Direcciones Regionales, regido por la Ley N° 20.065, sobre Modernización, Orgánica y de Planta de su Personal.

El objeto del Servicio Médico Legal es asesorar técnica y científicamente a los Órganos de la Administración de Justicia y de Investigación, en materias relativas a medicina legal y ciencias forenses. Además, le corresponde a este Servicio la tuición y supervigilancia técnica y directiva en la prestación de servicios relativos a dichas materias poniendo énfasis en su calidad, eficiencia y oportunidad.

Este servicio público cumple también una labor de colaboración en la capacitación y docencia en materias forenses, a nivel nacional e internacional, con todo tipo de organismos, universidades y demás centros de investigación forense.

El Servicio Médico Legal realiza peritajes médico-legales, en materias Tanatológicas, Clínicas, de Salud Mental y de Laboratorios, evacuando los informes periciales del caso.

Todo profesional, pertenezca o no al Servicio Médico Legal que practique autopsias médico - legales en los hospitales u otros establecimientos públicos o privados deberá expedir los correspondientes informes con sujeción a las normas que rigen para los médicos legistas y las instrucciones generales que imparta el Director del Servicio Médico Legal, de conformidad al artículo 7° letra i) de la ley N° 20.065 que fija el texto de la Ley de Modernización, Regulación Orgánica y Planta del Servicio Médico Legal, materia de esta resolución.

Conforme lo señalado en el artículo 23 de la Ley 20.065 “el personal del Servicio Médico Legal estará obligado a guardar reserva acerca de los hechos o los antecedentes de que tuviere conocimiento en razón de su desempeño”.

Imposibilidad de efectuar una pericia:

El perito manifestará a la Jefatura su imposibilidad de efectuar el peritaje, cuando:

- 1- Sea cónyuge del fallecido periciado, o existencia de parentesco en vida por afinidad o por consanguinidad dentro del cuarto grado inclusive con éste.
- 2- Interés directo o indirecto en la causa, o vinculación mutua a una institución policial, política o social en el caso que reste imparcialidad al perito.
- 3- Amistad o enemistad con alguna de las partes involucradas.
- 4- Relación o dependencia laboral que reste imparcialidad al perito.
- 5- Haber actuado, en calidad terapeuta o profesional tratante del fallecido.
- 6- Haber oficiado de perito de la contraparte.
- 7- Cualquier otra circunstancia que reste imparcialidad al perito.

Los funcionarios del Servicio Médico Legal deberán cumplir con las presentes guías técnicas, así como con los procedimientos fijados por la Unidad de Aseguramiento y Garantía de la Calidad en las Unidades Regionales, Provinciales o Comunales específicas.

CAPÍTULO II

PRINCIPIOS Y REGLAS RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS DE AUTOPSIAS
MÉDICO - LEGALES

GENERALIDADES

La autopsia (del griego autos= yo mismo, y ophis= vista), significa “ver por sí mismo”, y se utiliza como sinónimo de necropsia o examen post-mortem, que se practica al cadáver de una persona, cuyo objeto es buscar la causa precisa de su muerte.

La autopsia médico-legal es aquella ordenada por la autoridad competente, cuando hubiese motivo para sospechar que la muerte de una persona fuere el resultado de un hecho punible.

Objetivos de la autopsia médico legal

Obtener la Identificación de cadáver

Establecer la causa de la muerte

Determinar la eventual acción de terceros y establecer las eventuales circunstancias específicas de comisión que hubiesen plasmado su signología típica en el cadáver.

Procedencia de la Autopsia Médico Legal: El Artículo 201 del Código Procesal señala “Hallazgo de un cadáver” cuando hubiere motivo para sospechar que la muerte de una persona fuere el resultado

de un hecho punible, el fiscal procederá, antes de la inhumación del cadáver o inmediatamente después de su exhumación, a practicar el reconocimiento e identificación del difunto y a ordenar la autopsia.

- Lugar de realización de la autopsia médico legal: Conforme lo señalado en el artículo 199, inciso segundo, del Código Procesal Penal, las autopsias que el fiscal dispusiere realizar como parte de la investigación de un hecho punible serán practicadas en las dependencias del Servicio Médico Legal, por el legista correspondiente; donde no lo hubiere, el fiscal designará el médico encargado y el lugar en que la autopsia debiere ser llevada a cabo.

- Autonomía pericial: Los peritos médico-legales deberán realizar sus funciones con total independencia e imparcialidad. No deben estar sometidos a ninguna forma de presión y deben ser objetivos en el ejercicio de sus funciones, especialmente en la presentación de sus resultados y conclusiones. El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos médicos observados y a los hallazgos objetivos. El perito deberá indicar su conclusión médica, no correspondiendo efectuar la calificación eventual de algún delito.

Las autopsias médico - legales y actos relacionados deben llevarse a cabo de acuerdo con la ética médica y respetando la dignidad del fallecido y de sus deudos. Como requisito previo, se deberá verificar que exista la documentación oficial que respalde la realización de la autopsia.

- Responsabilidad personal del perito: Si el perito llamado a emitir su dictamen no es objetivo, falsea intencionalmente los resultados o comete irregularidades tendientes a inducir una torcida administración de justicia, puede ser imputado como autor de un eventual delito de prevaricación contenido en el artículo 227 N° 3 del Código Penal. Asimismo, el perito que sea funcionario que infringiere sus obligaciones y deberes funcionarios podrá ser objeto de las acciones que detalla el DFL N° 29 “Estatuto Administrativo”.

CAPÍTULO III: COMPONENTES BÁSICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUTOPSIA MÉDICO-LEGAL

Destacamos catorce elementos básicos que se sugiere atender de manera cuidadosa, en la práctica de una autopsia médico legal.

1. SITIO DEL SUCESO

La información del sitio del suceso que el tanatólogo pudiese requerir para complementar el análisis de la información de la autopsia debe ser aportada por la Fiscalía o las policías cuando el Ministerio Público lo señale. Además, sin perjuicio de lo anterior en casos calificados por el Fiscal, y de acuerdo a los recursos humanos y materiales del Servicio, la autoridad competente puede solicitar la presencia in situ de personal médico de este Servicio.

2. INFORMACIÓN DISPONIBLE

Cuando sea necesario, el perito solicitará la información disponible al Ministerio Público, bajo la forma de documentos técnicos de utilidad práctica (fotos, datos de atención de urgencias, etc.) sobre el caso en cuestión. A criterio del perito, y si las condiciones del caso en particular lo permiten y requieren, puede tener acceso a información proveniente de familiares del fallecido, de manera espontánea o por entrevista a manera de anamnesis médica.

3. CADENA DE CUSTODIA

La cadena de custodia se define como el conjunto de procedimientos que permiten el seguimiento y control de la evidencia, con el fin de garantizar la integridad, identidad, preservación, seguridad y aptitud de esta a lo largo del proceso investigativo. Ellos hacen posible certificar que la evidencia es la misma desde su obtención hasta su valoración en la etapa del juicio y que los resultados de los análisis practicados reflejan con fidelidad el estado de estos elementos materiales en el momento del hecho.

Todo elemento material sólido, líquido o gaseoso que, durante la evaluación de las diferentes instancias de la investigación, trátase de sitio del suceso, cadáver o investigación policial, que resulte atingente al hecho investigado, será llamado evidencia y deberá ser: levantado, trasladado, custodiado y periciado, bajo un procedimiento denominado cadena de custodia. Dicho proceso de cadena de custodia ha quedado definido en el Manual de uso del formulario “Rótulo-Formulario único de cadena de custodia” y sellos de evidencia consensuado interinstitucionalmente en el año 2006, vigente a la fecha en el SML.

4. IDENTIFICACIÓN

El cadáver será identificado por regla general mediante informe papilar dactiloscópico, resultante de la contrastación de huellas digitales por parte del Gabinete de Identificación del Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCI) certificada por escrito.

De ser imposible la identificación del cadáver por medio del informe dactiloscópico el médico tanatólogo a cargo del peritaje ordenará se realicen los peritajes identificatorios por métodos científicos (fehacientes), siguiendo un orden de menor a mayor complejidad, dependiendo del caso y de los recursos humanos y físicos disponibles.

De acuerdo a esto, solicitará el peritaje maxilofacial, el análisis genético de ADN o el estudio radiológico, con la finalidad de poder realizar la comparación de acuerdo al caso, con las fichas clínicas médicas, odontológicas, con las muestras de referencia respectivas y radiografías ante-mortem.

De forma paralela, se registrarán en el informe de autopsia los datos antropomórficos del examen externo (métodos indiciarios): color y características de ojos, de pelo, de piel, de dentadura, amputaciones antiguas, tatuajes, cicatrices, malformaciones, perforaciones, y toda otra modificación corporal, aparatos de ortesis y prótesis, igualmente deben detallarse todos los anexos culturales que se asocien al cuerpo como relojes, anillos, etc. Idéntica conducta debe desarrollarse con las prendas de vestir y objetos personales asociados al cadáver.

Hallazgos autópsicos del examen interno, patológicos, quirúrgicos, secuelas de antiguos traumas o alteraciones del desarrollo deben ser consignados con el fin de identificación.

5. PASOS A SEGUIR PARA LA IDENTIFICACIÓN:

A. Fotografía de rostro, de presentación de restos o protocolar.

Capturar imágenes del material que será periciado, permite acreditar el estado en el que se encuentra y es un requerimiento que figura en la ley. Resulta además de innegable utilidad cuando la identificación se retrasa en semanas o meses, modificando el aspecto de los tejidos. El perito tanatólogo, el técnico o fotógrafo del Servicio Médico Legal, según disponibilidad de funcionarios en su Servicio, efectuará la fotografía respectiva, incorporando el número de protocolo asignado, el año y la sede en la que se efectúa la pericia.

B. Descripción de objetos personales.

El perito tanatólogo deberá describir los anexos culturales, las prendas de vestir y todo otro elemento que se asocien al cadáver.

C. Descripción de características físicas y antropológicas.

El perito tanatólogo deberá describir las características físicas y señas especiales por medio de un examen visual externo e interno. Cuando sea necesario, se dará relevancia al estudio antropológico de las estructuras óseas presentes.

D. Corroboración de la concordancia.

El perito tanatólogo deberá realizar la corroboración de la concordancia entre los antecedentes documentales relativos a la identidad y la inspección visual del fallecido, constatando además lo consignado en el brazalete de identificación, utilizando para esto, todos los elementos disponibles (información policial, de familiares y conocidos).

E. Toma de impresiones dactilares.

El técnico, auxiliar tanatólogo o perito dactiloscopista del Servicio Médico Legal, según disponibilidad de funcionarios en su Servicio o la Policía respectiva, según corresponda, obtendrán los registros dactilares cuando ello sea posible. Estos registros, posteriormente serán enviados junto con la identidad presunta (si se tiene) al SRCI, para la obtención de su respuesta sobre la identificación. Si la respuesta otorgada por el SRCI, no aporta la identificación del cadáver se procederá con los siguientes métodos de identificación (E, F, G y H).

En casos fallecidos extranjeros, si no tiene registros de identificación en Chile, según el informe del Servicio de Registro Civil e Identificación, se procederá a identificar el cadáver por otros métodos científicos idóneos. Si el fallecido tiene identidad presunta se deberá consultar y solicitar colaboración al consulado respectivo, quienes, de acuerdo a sus facultades, colaborarán en la obtención de registros dactilares, médicos u odontológicos, que permitan su identificación. De no ser posible la identificación, por dichos medios, se dará mérito identificatorio al reconocimiento, previa coordinación el organismo de investigación o judicial competente.

Si con lo anterior, no es posible lograr la identificación, o no se dispone de identidad presunta, se enviará y solicitará la información relacionada a la Oficina Central Nacional de la Policía Internacional (OCN de la Interpol).

F. Examen maxilofacial.

Cuando sea procedente y necesario, en vista de la imposibilidad de obtener la identificación por dactiloscopia, el perito ejecutará una evaluación dental acuciosa. De ser posible, el perito tanatólogo solicitará la pericia maxilofacial u odontológica forense por el profesional competente, con el que coordinará y cooperará en las acciones que establezca este profesional, quien comparará las características dentales y maxilofaciales del cadáver, con los registros ante-mortem de la presunta persona fallecida.

G. Obtención, análisis y comparación de perfiles genéticos.

El Perito siempre reservará muestras biológicas en el transcurso de la autopsia, de todos los fallecidos ingresados al Servicio, para la eventual realización de la identificación por ADN, aportando

y sugiriendo los familiares aptos para la toma de muestras sanguíneas (en los casos en que se presuma la identidad del fallecido), que permitan la comparación con las muestras obtenidas del cadáver.

De acuerdo a esto y habiéndose realizado y/o evaluado los métodos de identificación fehacientes, descritos anteriormente, solicitará al laboratorio, la realización de la pericia genética correspondiente, informando de las acciones de identificación ya efectuadas.

H. Estudio Radiológico.

Con fines de identificación, el perito tanatólogo, con el objetivo de visualizar alteraciones óseas, puede evaluar solicitar la realización de este estudio. En los casos en que el SML no cuente con equipo de radiología, el perito, debe informar al fiscal de la necesidad de desarrollar tales acciones en otra entidad (pública o privada).

Todas las acciones destinadas a identificar practicadas y la información obtenida de ellas deben quedar consignadas en el informe pericial tanatológico.

Finalmente, ante la imposibilidad de identificar el cadáver por medios científicos y previa consulta al fiscal, ocasión en la que se le informará de todos los elementos concretos obtenidos hasta ese momento orientados a dicha identificación, se dará mérito identificatorio al reconocimiento del cadáver. La definición de dicha circunstancia deberá ser calificada por el médico que realizó la pericia, o por el médico jefe del Departamento de Tanatología o quien le subroge, bajo su firma de responsabilidad, o por el Encargado de la Unidad de Identificación cuando este cargo existiese. La decisión de identificar por esta vía corresponde al fiscal, quien la comunicará por escrito.

I. Reconocimiento del cadáver.

Es un procedimiento que se utiliza después que se han agotado los medios identificatorios científicos y fehacientes posibles, es un acto que consiste en la identificación que un familiar o conocido del occiso realiza de éste mediante la observación del cadáver en las dependencias de sala de entrega del Servicio Médico Legal.

Por lo tanto, para proceder al reconocimiento, el cadáver debe encontrarse en un estado tal que permita que familiares o conocidos del difunto puedan distinguir inequívocamente rasgos identificatorios del occiso. Para ello será de utilidad recurrir a la fotografía protocolar.

El reconocimiento de un fallecido se realizará siempre en presencia de un funcionario del Servicio Médico Legal designado para estos efectos, que se individualizará y firmará el acta respectiva (Acta de Reconocimiento de Fallecidos y Restos Humanos).

Podrán efectuar el reconocimiento del cadáver los parientes del occiso o cualquier persona que le haya conocido en vida. El orden de prioridad de las personas que deben efectuar el reconocimiento será determinado por el fiscal quien acreditará los vínculos.

Las personas que hayan conocido en vida al occiso firmarán una declaración jurada ante el funcionario del Servicio para tales efectos. En el caso de personas extranjeras o no filiadas en el sistema chileno se requerirá dicha declaración jurada.

Una vez concluido el reconocimiento se dejará constancia del mismo en un acta de reconocimiento de fallecidos.

6. EXAMEN CORPORAL

A. Examen externo.

Es un procedimiento que se inicia normalmente en el pabellón de autopsia. En las localidades en las que se emplea el sellado de la bolsa de transporte, se debe consignar el número del precinto respectivo.

Los antecedentes remitidos habrán sido revisados previamente por el tanatólogo, datos que tienen un valor de orientación al trabajo que se habrá de realizar y de ninguna manera constituyen un referente absoluto o científico.

Cuando sea pertinente, si el cadáver está vestido, se deben detallar las ropas que viste diferenciándola de aquellas que vienen solo sobrepuestas, así como toda pertenencia encontrada, incluyendo el contenido de los bolsillos.

En el caso de que sean encontrados elementos de valor como armas, drogas, dinero, estos deben ser levantados bajo cadena de custodia y comunicada su existencia al Ministerio Público, quien determinará la conducta a seguir, detallando aquello en el informe de autopsia. Será de criterio del médico tanatólogo adoptar este procedimiento o entregar directamente a los familiares en caso de que el dinero corresponda a montos reducidos.

Cuando el cadáver ingrese vestido, el Perito Tanatólogo examinará cuidadosamente las ropas verificando relación entre los daños y manchas de estas con las lesiones, corporales.

Salvo orden en contraria del fiscal, el Perito Tanatólogo debe rotular y embalar las pertenencias (objetos personales como llaves, documentos, joyas, etc.) para ser entregadas a los familiares. Los objetos que sean de interés para la investigación (evidencias), deben ser remitidos por el Perito Tanatólogo a la fiscalía o a quien la fiscalía o tribunal competente determine, mediante Cadena de Custodia ("Manual uso del formulario: Rótulo-Formulario único de cadena de custodia y sellos de evidencia", Res. Ex. 7.389 de fecha 24.nov.2006).

Las pertenencias que a juicio del perito no revistan interés médico legal, salvo instrucción en contrario del fiscal, deben ser inhumadas junto al fallecido, embaladas en bolsas que permitan su mejor conservación. Se pueden reservar prendas de vestir, medicamentos o sustancias sospechosas

encontradas en las ropas para estudio especial en laboratorio. Cualquiera sea la situación, debe dejarse consignado en el Informe Pericial Tanatológico.

El perito debe realizar la inspección y descripción de toda la superficie corporal y cavidades, tomando muestras y levantando evidencias según el caso, considerando los siguientes segmentos corporales:

- Cabeza
- Cuello
- Tórax y Abdomen
- Miembros
- Orificios naturales

La inspección de toda la superficie corporal se efectuará por caras anterior, posterior, y laterales, debiendo efectuar registro fotográfico rutinario y obligatorio del cuerpo completo en los mismos planos. Este registro fotográfico rutinario debe incorporar el detalle de todas y cada una de las lesiones que pudieran estar presentes en el cadáver, debiendo incorporar imágenes de todos los segmentos corporales aun cuando algunos carezcan de fenómenos traumáticos.

Se entenderá como registro fotográfico apropiado aquel que dé cuenta del estado de todo el plano anterior y posterior de cabeza, tronco y miembros inferiores, fotografías de cara anterior y posterior de miembros superiores completos y fotografía específica de cara. Se deberá incluir fotografía del rótulo institucional y brazalete completo utilizado en cadáver para la individualización del mismo en el lugar que éste se disponga en el cuerpo o bolsa de transporte del cadáver* (se recomienda, conforme a la circunstancia del caso periciado, dejar registro digital y/o impreso de las fotografías).

*El rótulo institucional corresponde a la tabla en la cual se indica el Número de informe pericial de autopsia asignado, y sede SML que se utiliza en las fotografías de los cadáveres.

Aclarar que el brazalete “no identifica” sino que “individualiza” al cadáver y este último no sólo se coloca en las muñecas sino también puede ubicarse en las extremidades inferiores, especialmente si el cuerpo presenta ausencia de los miembros superiores y/o inferiores como en el caso de los carbonizados y fragmentados.

Las lesiones, evidencias encontradas durante la autopsia y otras características relevantes y deben ser igualmente fotografiadas, debiendo constar la presencia de testigo métrico en todas ellas.

Las fotografías obtenidas de cada autopsia deben ser debidamente conservadas en formato digital en las dependencias de la respectiva sede del Servicio Médico Legal y deben ser remitidas a la fiscalía correspondiente en caso de que la autoridad judicial las requiera como prueba pericial.

El examen externo está compuesto de cuatro categorías de información que es necesario diferenciar o agrupar para una mejor administración ulterior:

La primera categorización del cadáver tiene un sentido antropológico o individualizante se deberá consignar el sexo (según genital externo), peso y talla, instrumentalmente medidos, considerando el estado nutricional con el cadáver desnudo. Si no se cuenta con la edad conocida, esta debe valorarse según categoría (lactante, escolar, adolescente, adulto joven, adulto, adulto mayor). Con mismo fin debe hacerse mención del color y aspecto de piel, de ojos y de cabello mencionando su largo. La dentadura y sus características más evidentes están en esta misma categoría junto con la ausencia o presencia de manchas o tatuajes. Las cicatrices que se consignen en este apartado debieran ser aquellas cuyo origen se estima no proveniente de acto médico. Ej. de quemaduras, lineales en muñecas, antebrazos, etc.

Una segunda categorización de la información se efectúa con fines de evaluar la progresión de la muerte, registrando la presencia y el estado de avance de los fenómenos cadavéricos: rigidez (intensidad, localización), livideces (distribución, cuantía, color, grado de fijación), nivel de enfriamiento corporal y la desecación a nivel de córnea, esclera y tono ocular en cuerpo “fresco” y todo otro dato posible en muertes de evoluciones más prolongadas. Los diferentes estadios de putrefacción y transformación cadavérica se describirán en este mismo acápite, con la misma finalidad de posibilitar la estimación del intervalo post mortem en forma ulterior.

La tercera categorización de la información está relacionada con los diferentes hallazgos posibles de hacer por el médico: asimetrías y grado de desarrollo, material impregnado o depositado en la piel, características de los orificios naturales, conductos auditivos externos, estado de genitales y ano detallando los fluidos que puedan observarse a través de los orificios. Así mismo se consignan en este acápite todos los signos de enfermedad y de maniobras médicas, recientes o antiguas, huellas de reanimación e intervención quirúrgica, así como la posición de dispositivos médicos invasivos, los que deben permanecer en el cadáver hasta verificar su localización en cavidades.

La cuarta categoría debe reservarse específicamente para los hallazgos traumáticos o de intervención externa no médica o sospechada como no médica. Por ejemplo, marcas de punciones en sujetos que no provienen de ambiente hospitalario. De especial interés son los traumas menores que podrían situarse en miembros superiores, incluido el detalle del borde libre de las uñas y eventual presencia de material extraño en lechos subungueales.

En todos los segmentos y en todos sus planos se verificará la presencia o ausencia de fenómenos traumáticos, recientes o antiguos. En el caso de hallazgos, se debe describir detalladamente, fotografiar

y levantar muestras de lo que resulte procedente, tanto si se trata de hallazgos sobre la piel o dentro de orificios naturales.

Las lesiones en los miembros son relevantes en contextos de lucha, defensa o contención y en situaciones de atropello. En todas la fijación topográfica y fotográfica es obligatoria. En atropello, la fijación planimétrica de dichas lesiones permitirá aproximarse a determinadas características del móvil o a definir la circunstancia del contacto entre ambos.

La posibilidad de precisar si las lesiones son recientes o antiguas solo es posible por dos vías:

- Si existen los elementos descriptivos que avalen tal consideración pericial.
- Si se cuenta con estudio histológico que lo detecte, lo que es posible sólo si los tejidos no están alterados por la putrefacción.

La descripción podría apoyarse en fotografías permitiendo una valoración por otros peritos. La mera calificación sin fundamento descriptivo es un error de método y un riesgo para la investigación.

Todas las lesiones deben ser descritas, individualizadas en caso de ser múltiples (con números o letras) registrando su tipo, forma, color, dimensión, márgenes o bordes, piel peri lesional, así como la presencia de elementos extraños, tanto como los fenómenos que indiquen cicatrización e infección.

La localización debe entregarse en lenguaje anatómico general, consignando plano, segmento, lateralidad y la mayor precisión posible en cuanto a la ubicación. La precisión debe aumentarse fijando planimétricamente, midiendo distancia desde el talón y la línea media (eventualmente también puede utilizarse un tercer punto óseo fijo).

En caso de lesiones en extremidades, se pueden emplear como puntos de fijación solo dos puntos óseos: uno proximal y uno distal.

En todos los casos, las mediciones se efectuarán en ángulo recto.

En caso de lesiones múltiples, podría emplearse un sistema de categorización, de modo que, mencionando todas las lesiones, se fijen tipográfica y planimétricamente como mínimo las lesiones mortales y todas aquellas que tengan recorrido intracorporal, aun cuando no sean mortales. Las lesiones superficiales podrían describirse y fotografiarse solamente, según lo considere el perito, sin emplear otras técnicas de fijación.

Se recomienda en la confección del informe de autopsia de muertes violentas traumáticas, cuando exista una lesión que distintivamente tiene categoría mortal por sobre otras, destacar la lesión mortal y muy especialmente cuando se trata de lesiones múltiples y de diferentes etiologías, sin perjuicio de que todas deben ser descritas.

En caso de duda, se deberán realizar incisiones locales amplias, conservando sin escindir la zona en comento, para verificar equimosis y hematomas cutáneos y subcutáneos (reservando muestras histológicas cuando el perito crea necesario verificar vitalidad o para estimar data de lesiones). De realizarse aquello, el procedimiento debe quedar consignado en el informe de autopsia para evitar confusiones en posibles intervenciones posteriores del cuerpo (por ejemplo, exhumaciones), en particular en casos que desde el inicio se presenten como de complejidad superior a la normal.

En caso de mordeduras se debe tomar muestra con hisopo húmedo en suero fisiológico y luego con hisopo seco, de forma circular de dentro hacia fuera y realizar fotografías con escala métrica. Idealmente se debería solicitar pericia odontológica, sin embargo, una abundancia de imágenes puede ayudar a suplir esta falencia cuando no se cuente con odontólogo. En estos casos es siempre recomendable incorporar junto al testigo métrico un elemento frecuente que permita el traslado al tamaño real cuando se efectúen los cotejos de identificación. Todos estos datos serán registrados en el Informe Pericial Tanatológico con el detalle suficiente.

B. Examen interno

El perito tanatólogo debe examinar las tres cavidades corporales: cabeza, tórax y abdomen. La columna vertebral y articulaciones y huesos serán examinadas de acuerdo al caso. En cada una de estas cavidades debe examinarse, antes de proceder a la extracción de los órganos, a verificar la integridad de los límites anatómicos, las relaciones entre órganos, el aspecto de las paredes de las cavidades y todo contenido extraño como sangre o fluidos, los que deben ser cuantificados.

Los órganos deben en primer lugar ser observados in situ, revisando sus estructuras de sostén y sus superficies.

Luego, se procederá a extraer los órganos desde las cavidades, lo que se deben pesar y en la imposibilidad de aquello, deben ser medidos. En caso de órganos huecos se describirá la mucosa, el contenido (color, volumen, olor) y alteraciones de la pared si procede. En los órganos macizos se debe describir la superficie externa y la superficie de corte.

Se describirán en forma precisa el tamaño y localización de todas las lesiones internas, así como la trayectoria de ellas y su relación topográfica, avanzando en estas lesiones por planos, reconstituyendo los respectivos trayectos y fotografiando dichas reconstrucciones.

Los daños en las paredes son parte de la lesión, por lo que se deben medir las roturas pleurales y peritoneales mencionando las dimensiones de las infiltraciones hemáticas cuando fuesen visibles.

En caso de lesión mortal, el o los órganos afectados deben ser fotografiados individualmente y de manera obligatoria con testigo métrico. Cuando en el antecedente se remita un diagnóstico erróneo, que involucre un órgano que no presenta daño alguno, esta situación debiera ser evidenciada y documentada con su respectiva fotografía.

En caso de enfermedad, bastará con una fotografía de la estructura que desencadena el trastorno, dejando de manifiesto su anormalidad.

Se recomienda efectuar una fotografía general del resto de las estructuras viscerales relevantes una vez removidas desde sus respectivas cavidades, a fin de dejar de manifiesto su indemnidad o normalidad.

Para el ingreso a las cavidades corporales, el perito tanatólogo responsable, realizará o instruirá al técnico tanatólogo, si es parte del equipo, las siguientes acciones:

I. Cabeza

En cuero cabelludo: salvo caso especial, se debe realizar incisión bimastoidea, pasando por la región medio parietal, separar el tejido blando del hueso cortando los músculos temporales. Una vez escindido, debe examinarse Evertido describiendo alteraciones de color, presencia de petequias e infiltración sanguínea precisando tamaño, color y localización. Se incluye el examen de los músculos temporales y de la superficie externa del cráneo.

En Cráneo: se remueve la calota, separándola de la duramadre adyacente, buscando lesiones. Describir las meninges y el aspecto de los huesos y medir su grosor mínimo y máximo a nivel del plano de sección.

En Encéfalo: El perito consignará el peso del órgano, registrándolo en el informe pericial.

El perito examinará externamente la superficie encefálica, considerando los vasos, y examinar el cerebro, luego de separarlo del tronco encefálico y cerebelo, por medio de cortes coronales paralelos entre sí de más o menos 1 cm de grosor para examinar parénquima, comenzando en los polos frontales.

En el tronco cerebral y cerebelo se realizan cortes paralelos entre sí, de +/- 0,5 cm de espesor, en un plano perpendicular al eje del tronco cerebral. En caso necesario, el perito tanatólogo podrá realizar variaciones o alternativas a la técnica descrita o conservar el encéfalo completo, sin escindir, solución conservadora en recipiente amplio y bajo custodia, para posterior estudio neuropatológico.

En Región Facial: El perito, según el caso podrá diseccionar tejido blando y esqueleto facial.

II. Cuello.

El perito debe examinar los músculos y partes blandas, y en caso necesario diseccionar por planos las estructuras músculos esqueléticos y vasculares. Al diseccionar el cuello in situ se busca infiltración sanguínea en tejido subcutáneo, muscular, vascular y partes blandas en general.

El examen de los órganos en el bloque cervical incluye la lengua que debe ser seccionada para evidenciar infiltración sanguínea y cicatrices; esófago, tráquea y bronquios los que deben ser abiertos describiendo mucosa y contenido. Debe incluirse la apertura de la aorta y sus principales ramas especialmente carótidas. Se debe examinar la glándula tiroides seccionando sus lóbulos. Cuando exista antecedente o sospecha de patología endocrina se deberá diseccionar glándulas paratiroides o reservar bloque cervical para su identificación diferida.

III. Tórax

Incisión: se deberá realizar incisión seleccionada para la abertura según el caso. Se deben exponer las cavidades abdominal y torácica, retirando el peto esterno-costal, mostrando órganos torácicos y abdominales, los que se viscerarán uno a uno, procediendo a su examen. Debe examinar las cavidades pleurales midiendo la presencia de fluidos y describiendo las pleuras (adherencias, tumores, lesiones).

En cada una de estas cavidades se examinará, antes de proceder a la extracción de los órganos, su forma, tamaño y ubicación, la integridad de los límites anatómicos, el aspecto de la superficie externa de los órganos buscando lesiones.

Los órganos sólidos extraídos se examinan macroscópicamente, incluyendo peso, superficie externa y de corte. Las vísceras huecas son abiertas, evaluando su superficie externa, pared, mucosa y contenido de importancia.

Luego se deben explorar los vasos sanguíneos más importantes como aorta, carótidas, ilíacas, venas cavas, venas pulmonares, vasos abdominales.

Finalmente, el perito tanatólogo debe describir en forma precisa el tamaño, localización y relación topográfica de todas las lesiones internas.

Examen cardíaco: Se debe extraer el corazón completo unido a la aorta ascendente y vena cava superior, previa revisión de la arteria pulmonar para descartar trombo embolismo pulmonar. Si se encuentra sangre en el saco pericárdico, se debe verificar su procedencia y medir su volumen. Si existe el antecedente quirúrgico de by pass, se debe seccionar la aorta por encima del origen de los injertos aórticos o verificar su origen en arteria mamaria interna.

El corazón debe ser pesado y abierto en el sentido de la corriente sanguínea. Su peso debe ser valorado en relación a la talla y peso del fallecido. Algunas modificaciones complementarias a la forma de corte tradicional permiten aumentar el rendimiento del examen. La sección habitual del ápex

es posible repetirla de modo de obtener 2 o 3 secciones transversales que permiten evaluar el grado de dilatación, hipertrofia y localización de las lesiones usando de referencia los músculos papilares (pared posterior, inferior, lateral, anterior) y correlacionar con los territorios de irrigación coronarios. Las secciones se realizan hasta el sitio de implantación de las cuerdas tendíneas, continuándose con la forma habitual de corte en el sentido de la corriente sanguínea para evaluar el sistema valvular. Se describirán las características del epicardio y el endocardio. Las válvulas se examinarán describiendo alteraciones y midiendo los perímetros respectivos.

Se deben examinar las arterias coronarias desde el epicardio realizando cortes transversales del lumen cada 5 mm, lo que permite evaluar con mayor precisión el grado de obstrucción del lumen, y verificar presencia de trombos (los que pueden ser desplazados al abrir coronarias en forma longitudinal). También permite pesquisar disecciones y trayectos coronarios intramurales. Si las arterias están calcificadas se pueden disecar íntegramente para su estudio histológico diferido posterior a descalcificación.

Finalmente se debe examinar el miocardio midiendo el espesor del tabique y ambos ventrículos a nivel de sus paredes posteriores, tercio medio cardíaco, sin incluir en la medición músculos papilares para no diagnosticar falsas hipertrofias. En caso de hipertrofia consignar, si es concéntrica o bien de tipo asimétrica, hecho que sólo es pesquisable macroscópicamente. Se examinará el miocardio realizando cortes transversales transmurales de la pared.

Deben evitarse los cortes laminares intramurales por no ser adecuados para verificar lesiones subendocárdicas o subepicárdicas como por ejemplo cardiopatía isquémica con lesión subendocárdica y miocardiopatía arritmogénica izquierda con lesión subepicárdica. Este tipo de corte implica que en algunas ocasiones se envía a estudio la mitad epicárdica del corte y otras veces la mitad endocárdica representando una muestra incompleta para su estudio. Se tomará muestra de ambos ventrículos y tabique interventricular incluyendo las alteraciones encontradas. Se recomienda el envío de la sección transversal completa del tercio medio cardíaco, donde es posible estudiar y mapear ambos ventrículos y el tabique interventricular. Al mismo tiempo permite reevaluar el grado de dilatación y tipo de hipertrofia en casos dudosos. En caso de patología isquémica deben agregarse cortes transversales de las arterias coronarias.

En caso de muerte súbita en menores de 40 años deben reservarse para estudio las zonas del sistema conductor cardíaco que incluye la región de la cresta terminalis en la aurícula derecha para evaluar el nodo sinusal y el triángulo de Koch para evaluar el nodo aurículo ventricular y haz de His. Si existieran dificultades para su identificación se recomienda el envío de la base cardíaca completa para estudio diferido en el laboratorio de Histopatología.

Aparato Respiratorio: ambos pulmones deben ser pesados por separado. Antes de extraerlos se debe examinar las ramas de la arteria pulmonar en busca de trombos, además se describirá la superficie externa y la presencia o ausencia de crepitar aéreo. Se procederá a abrir el árbol bronquial, a cada lado, desde los bronquios centrales en dirección a la periferia detallando el contenido intraluminal y características de la mucosa. Luego se procederá a cortarlos desde los bronquios mayores a la periferia describiendo el parénquima (color y consistencia) y comprimiéndolos suavemente para evaluar escurrimiento de fluidos (líquido o exudado purulento). Se tomará muestra para histología, evitando la muestra subpleural periférica posterior donde es frecuente el fenómeno hipostático. Se recomiendan muestras profundas incluyendo parte del parénquima peri bronquial.

IV. Abdomen:

Se examinarán externamente los órganos in situ y el peritoneo midiendo el volumen de eventuales fluidos. Luego se procederá a extraer todos los órganos. Se deberá pesar, describir y tomar muestras histológicas de los órganos en caso de requerirse. Debe incluirse el examen de la vesícula biliar y su contenido. El estómago se abre por la curvatura mayor y se describe la mucosa evaluando el volumen y características del contenido, pudiendo dejar muestra para histología, considerando que, según el caso, su contenido podría resultar necesario en un estudio toxicológico. Vísceras solidas como hígado, bazo, páncreas y riñones deben ser descritos tanto en su forma y aspecto superficial como en el estado del parénquima al corte. La zona hiliar debe ser observada en detalle en casos de trauma de alta energía. El intestino debe ser evaluado en su distensión y aspecto general, verificando la inexistencia de obstrucciones o torsiones. Se abrirá en caso de ser necesario examinando la mucosa, pared y características del contenido (búsqueda de ovoides con drogas, contenido hemático).

V. Genitales.

En caso necesario, se deben extraer en hombre testículos desde el escroto, en mujer deben extraerse útero y anexos desde la pelvis. Se realizará examen macroscópico completo, superficie externa y de corte, lo que será consignado en el Informe Pericial. En caso de mujeres, la extracción uterina permite además observación directa del tercio distal del canal vaginal.

VI. Disecciones especiales.

Corresponde a disecciones especiales todas aquellas distintas de las realizadas en el procedimiento estándar:

- Disección por planos anatómicos en la región cervical en estudio de asfixias.
- Determinación de compromiso y trayecto de lesión punzante, cortante o cortopunzante.
- Determinación de compromiso y trayecto de lesión por proyectil.
- Estudio de casos de embolismo.
- Autopsias pediátricas.
- Toda aquella que el perito estime conveniente.

VII. Esqueleto:

El examen de caja torácica, columna vertebral extremidades y pelvis debe ser parte de la autopsia, debiendo en lo posible conforme a criterio del perito, diseccionar las masas musculares para permitir adecuada visualización de las fracturas, las que en caso necesario pueden ser enviadas a estudio histológico de vitalidad y data. Cuando existan dudas es necesaria la disección de extremidades para verificar presencia de fractura. La disección de masas musculares dorsales permite verificar traumatismos cerrados profundos antiguos y otros perimortem que no alcanzaron a hacerse visibles en piel.

El examen radiológico es de alta utilidad cuando el trauma óseo está en evolución o es antiguo y no declarado o desconocido por los cercanos; por ello se sugiere la práctica de radiografías en dos planos de cuerpo completo ante la sospecha de maltrato en niños, ancianos y personas detenidas en centros de reclusión (muerte en custodia). En estos casos debe considerarse obligatoria la toma de radiografías cuando el Servicio disponga de equipos de imagenología adecuados para complementar la pericia.

El estudio del esqueleto es de utilidad también en todos los casos de cuerpos carbonizados, saponificados avanzados y muertes acontecidas en hechos de tránsito, en las cuales puede existir este tipo de trauma no visible en el examen de cavidades ni en la inspección externa de los miembros.

Contando con el cadáver completo, el procedimiento habitual y regular es efectuar la autopsia completa del cadáver. En casos muy calificados (p. ej. desastres masivos, y otros casos de muertes (que no sean de interés médico-legal) el fiscal podrá ordenar que el procedimiento médico legal de Investigación de la causa de fallecimiento se pueda realizar de forma abreviada, o con el solo mérito del examen externo y la identificación, para lo cual es obligatorio contar con esa instrucción escrita antes de iniciar el procedimiento.

7. EXÁMENES DE LABORATORIO Y TOMA DE MUESTRAS

A. Procedencia:

Los exámenes de laboratorio y la toma de muestras podrán ser solicitados por el perito cuando lo estime pertinente para cumplir los objetivos médico legales de la autopsia o bien por el fiscal del Ministerio Público si lo considera necesario para aclarar las circunstancias del fallecimiento, la participación del responsable u otro motivo.

B. Categorías.

Se diferencian en EXÁMENES DE RUTINA, considerándose obligatorio levantar las muestras necesarias, apropiadas o disponibles que permitan la realización de determinados exámenes, muestras que deben levantarse independientemente de si la causa de muerte es violenta, indeterminada o por enfermedad.

Las muestras deben ser levantadas con cadena de custodia y consignadas con el respectivo Número Único de Evidencia (NUE) en el informe de autopsia respectivo.

Los exámenes y las muestras ideales son los siguientes:

I. Alcoholemia

Se reservará muestra de sangre y/o humor vítreo para detección de alcohol (etanol u otros solventes). Se exceptúan aquellos fallecidos con sobrevida intrahospitalaria mayor a 36 horas. Considerar como primera opción sangre periférica (femoral) antes que la sangre cardiaca. En caso de no disponer de sangre, la muestra recomendada será humor vítreo. En ausencia de ambas, considerar las siguientes matrices en el siguiente orden de prioridades cerebro, riñón e/o hígado. Cualquiera sea la muestra, el frasco deberá estar apropiadamente rotulado.

* En este caso reforzar como primera opción la sangre periférica, luego no considerar músculo que tiene un menor rendimiento versus otras matrices como riñón e hígado, estas dos últimas vísceras están al mismo nivel de rendimiento es por eso que te coloco e/o

II. Reserva de ADN

Se reservará una mancha de sangre de 1 a 2 cm de diámetro en trozo de papel filtro poroso, el que debe ser guardado en sobre de papel rotulado. De no disponer de sangre se reservará hueso con médula ósea (fragmento de 10 cm de diáfisis de hueso largo como fémur, tibia o húmero, desprovisto de tejidos blandos). Otras muestras pueden ser molares o cabellos con raíz.

III. Examen histopatológico

Requiere toma de muestras representativas de los órganos relevantes y de todas aquellas zonas que muestren patología o trauma, las que deben ser fijadas en formalina al 10%. Las muestras no deben exceder un tamaño real de 3 x 2 x 0.5 centímetros y deben quedar por completo inmersas en el fluido, el que a lo menos debe representar el doble del volumen de las muestras. Proporciones inferiores a esto son insuficientes para impedir que los tejidos lleguen putrefactos al laboratorio de histopatología.

Las muestras deben considerar fragmentos de encéfalo, tiroides, ventrículos izquierdo, derecho y tabique interventricular (3ª rodela), pulmones, hígado, bazo, riñones, páncreas, suprarrenales, próstata o útero y ovarios según corresponda, costilla y estómago como muestras de rutina.

En casos de actos violentos en zonas anales o genitales se deben extraer las muestras de las zonas lesionadas, efectuando un mapeo esquemático de la zona de la cual se extrajo el tejido o precisando en lenguaje anatómico la zona específica a la que corresponde la muestra.

En casos con antecedentes de aborto se deben enviar muestras de útero (cuello y cuerpo con endometrio), anexos uterinos (ovarios y trompas), parametrios, placenta, y glándula mamaria. Las muestras de las zonas lesionadas pueden contribuir a esclarecer la data de la lesión y su vitalidad.

En recién nacidos y fetos se deben agregar muestras de piel, placenta (una de cada cuadrante del disco), cordón umbilical, membrana corio amniótica, zona ileocecal, piel, costilla, block cervical.

En casos excepcionales, es posible reservar el encéfalo completo en formalina para estudio diferido. En ese caso, el encéfalo se lavará abundantemente antes de ser depositado en un frasco que permita que quede cubierto completamente por el fluido, efectuando recambio de formalina con frecuencia hasta que desaparezca la sangre, lo que puede tardar unos 8 días.

IV. Examen toxicológico

Idealmente, requiere toma de muestras de:

- a.- Sangre cardíaca: especificando origen en frasco de muestra, idealmente 10 cc
- b.- Sangre periférica (vena femoral o cava inferior, obtenida disecando vena o puncionándola con jeringa). En su defecto sangre de otro origen especificado en frasco de muestra, idealmente 10 cc.
- c.- Trozo de hígado, especificando origen en frasco, idealmente 30 grs.
- d.- Orina o lavado vesical: idealmente 35 cc, especificando uno u otro en frasco.

Además, o en ausencia de las muestras antes citadas, pueden ser incorporadas muestras de:

- e.- Humor vítreo: lo que se encuentre.
- f.- Bilis: (toda la disponible), sin vesícula biliar, según las indicaciones.
- g.- Todo medicamento, droga o sustancia encontrada en las pertenencias.

En caso de no disponer de los fluidos antes citados o si la cantidad de muestra obtenida es inferior a 5 cc, se reservará además 100g de encéfalo, hígado y riñones para complementar la muestra, enviando de todas formas el fluido insuficiente.

La norma contempla el levantamiento y reserva rutinaria para estudio de tres muestras mínimo. (Tres fluidos en cantidad suficiente o dos fluidos y vísceras). En cada localidad, las indicaciones de muestras ideales pueden modificarse según los estándares técnicos del laboratorio.

En todo caso, el estudio toxicológico debiera poder contar con una asesoría del toxicólogo quien podrá indicar en casos específicos la conveniencia de contar con muestras como pulmón, celular subcutáneo o hueso, por ejemplo.

Cada muestra debe mantenerse en frasco separado, envasadas en recipiente de plástico o vidrio, sin conservantes. Los frascos y tubos que contengan los fluidos no deben llenarse hasta el máximo, se recomienda sólo un 75% de su capacidad pues los frascos o tubos contenedores se rompen por expansión del contenido al ser sometidos a refrigeración. Cuando la muestra se obtenga por punción, debiera hacerse mención de ello en el informe de autopsia, a fin de ofrecer una explicación apropiada y validada de su origen frente a eventuales reestudios posteriores del cadáver.

8. CAUSA DE MUERTE

A. Examen de Laboratorio forma de proceder:

I. ADN:

Las muestras para estudio de ADN, salvo instrucción fiscal, se reservan por los plazos establecidos por la unidad de genética.

II. Alcoholemia:

Se procesan en todos los casos, sin necesidad de solicitud fiscal.

III. Toxicológico:

Cuando se trate de muerte violenta, Muerte indeterminada, Muerte infantil, fetos y recién nacidos, Muerte en custodia, el examen toxicológico de drogas de abuso debe ser solicitado siempre, sin esperar instrucción fiscal.

Cuando se trate de una muerte por enfermedad, establecida macroscópicamente durante el procedimiento autopsico, será decisión del tanatólogo, solicitar se practique el estudio de drogas de abuso. En caso de considerarlo innecesario, se debe comunicar tempranamente al fiscal que las muestras con dicho fin se mantienen en reserva por el periodo que cada sede establezca.

En caso de muerte acontecida en hospitalización prolongada, en la que podría establecerse una investigación por negligencia médica, se debe reservar la mayor diversidad de muestras posibles, las que deben ser reservadas a la espera de instrucción fiscal.

Normalmente, el estudio toxicológico se orientará a la búsqueda de drogas de abuso. En base a los antecedentes, el estudio podrá extenderse a la búsqueda a otras sustancias, en ese caso, la solicitud precisa debe quedar consignada en alguna orden o solicitud formal.

IV. Histopatológico:

Debe ser solicitado en todo caso de muerte indeterminada, muerte de niños, recién nacidos y fetos, muerte en custodia.

Cuando se trate de muerte violenta en la que no exista hasta ese momento sospecha de criminalidad, como por ejemplo suicidio, pasajeros de un vehículo siniestrado, las muestras para estudio histopatológico podrán ser reservadas, considerando que en ellas se incluyan fragmentos de el o los tejidos afectados, comunicando al fiscal la existencia de estas.

El estudio histopatológico en muertes violentas criminales o que consideran sanción penal -homicidios, atropellos- requiere que se reserven las muestras que resulten afectadas en el mecanismo causal. La decisión de solicitar el examen podría provenir de una consulta con el fiscal. La reserva, como en todos los casos, debe ser comunicada tempranamente. En estos casos, es recomendable extender el plazo de reserva, considerando que la investigación criminal pudiese presentar solicitudes en este sentido en momentos posteriores.

En muertes por enfermedad, macroscópicamente establecidas, muestras de las estructuras dañadas deben reservarse, siendo decisión del tanatólogo su procesamiento. En caso de reserva, siempre debe comunicarse al fiscal los plazos por los cuales se reservarán.

B. Exámenes de Excepción:

Otra categoría son los exámenes de excepción, que son de muy diversos tipos, dependientes de cada caso y del criterio del tanatólogo. Entre ellos están, como los más frecuentes:

- Búsqueda de espermios en hisopado de cavidades en muertes de mujeres o niños en contexto sugerente de actividad sexual violenta, y en casos de muertes de varones con contexto sospechoso.
- Búsqueda de espermios en vestimentas en contexto sugerente de actividad sexual violenta.
- Búsqueda de material biológico en legrado subungueal en muertes de tipo homicida.
- Concentración de monóxido de carbono en sangre periférica, central o en hematoma subdural en muertes en incendio.
- Concentraciones de gas cianuro en laringe y/o sangre, en muerte en incendios.
- Concentración de cloruros de sangre de ventrículo derecho y ventrículo izquierdo en muertes por sumersión en cadáveres con intervalo post mortem de hasta 48 horas.
- Determinación de plancton pulmonar en cuerpos rescatados de cursos fluviales.
- Determinación de diatomeas en hueso esternal y/o costilla, en cadáveres rescatados del agua.
- Determinación de plancton y diatomeas en aguas desde donde se rescató el cadáver.
- Determinación de electrolitos y glicemia en humor vítreo en muertes súbitas o repentinas.
- Determinación de troponinas en líquido pericárdico en sospecha de muerte súbita cardiogénica.
- Determinación de drogas de abuso en cabello, para evaluar consumos en periodos previos.
- Búsqueda de acelerantes en ropas o piel en caso de incendios.
- Estudio de vitalidad lesional histológica.

En términos generales, estas muestras son levantadas conforme a antecedentes y hallazgos en el cadáver, según cada caso y se envían a procesamiento en los respectivos laboratorios del Servicio Médico Legal o en otros en convenio según cada sede, aun sin contar con orden fiscal. Excepcionalmente, podría resultar que el fiscal solicite que se levante la muestra para ser derivada a un laboratorio externo.

C. Procedimientos Complementarios:

Un requerimiento frecuente es la inspección radiológica, situación que en la actualidad podría ser llevada a cabo en los servicios radiológicos del sistema de salud, considerando las medidas de protección sanitaria del caso.

D. Definición de la Causa de la Muerte:

Lesión o enfermedad que produce las alteraciones fisiológicas en los sistemas del organismo, responsables de la muerte del individuo. Con base en los hallazgos se hace el diagnóstico de la causa

de muerte. Es fundamental, tanto para los fines legales, médicos y epidemiológicos, que el perito se pronuncie en lo posible, sobre la causa de la muerte (enfermedad o evento que desencadena la secuencia que lleva a la muerte), señalando las causas mediatas y las causas inmediatas (mecanismos fisiopatológicos), esta información debe quedar consignada en los respectivos acápite del certificado de defunción.

Cuando no sea posible arribar a una conclusión clara, fundamentada y objetiva de la causa precisa de la muerte con la sola realización de la autopsia, se debe consignar como muerte indeterminada en estudio, dado que, en dicho caso, la solución probablemente se desprenderá de la realización de los diferentes exámenes. Esta denominación es clara en señalar que la condición de indeterminada es transitoria y que será necesario contar con más antecedentes y procesos para arribar a la comprensión del hecho.

En algunas ocasiones, no es posible establecer una conclusión clara, objetiva y fundamentada de la causa precisa de la muerte con la sola realización de la autopsia, pero, además, es posible anticipar que, dada la calidad del material analizado, no hay disponibles otras técnicas o procedimientos que pudiesen llevar a mayores precisiones en laboratorio tanatológico. En dicho caso, la causa de la muerte debe ser consignada solo como muerte indeterminada.

En caso de muerte traumática, el perito debe indicar, la etiología de la lesión causante de la muerte a partir del examen y descripción de las lesiones.

En ocasiones, teniendo en consideración solo la lesión y las características del sujeto es posible señalar que la lesión era necesariamente mortal.

En otras ocasiones, cuando se requiere además información del contexto en que acontecen las lesiones, consideraciones en relación a si la muerte hubiese podido evitarse contando con los socorros oportunos, debieran ser efectuadas posteriormente, contando con mayor información sobre el caso.

E. Categoría Causa de muerte:

Una vez establecida la causa de la muerte, se debe definir si se trata de una muerte natural, por enfermedad o, por el contrario, se trata de una muerte violenta.

Esta categorización suele ser simple y no representa mayor problema: sin embargo, la definición de la etiología médico legal es bastante más compleja ya que requiere reconocer los siguientes tipos: accidental, suicida u homicida.

La calificación de uno de los tres tipos etiológicos de la muerte en ocasiones requiere de información del sitio de suceso que puede no estar disponible en el momento. En dicho caso y frente a las dudas, puede omitirse esta valoración, limitándose solo registrar la categoría de muerte violenta. Siempre habrá momento para una complementación de ello, contando con los antecedentes necesarios.

Una vez definido el tipo de muerte y su etiología médico legal, debiera, si es que existe, contrastarse este dictamen pericial con los antecedentes con que se remitió el cadáver, a fin de pronunciarse sobre la compatibilidad entre los hallazgos y los antecedentes.

9. OPORTUNIDAD

Es necesario que la información obtenida en la autopsia esté disponible de manera oportuna para los fines de la investigación, y cuando el Ministerio Público o la autoridad competente así lo requiera para tomar decisiones dentro de los términos y plazos del proceso penal. Por lo anterior, el informe de autopsia debe ser evacuado dentro de los plazos que estén en conformidad con la normativa administrativa vigente (meta pericial) o en el plazo que se convenga directamente con el fiscal cuando fuese necesario.

También es frecuente que se requiera que el perito expida a la brevedad un pre-informe de autopsia que contenga una información parcial descriptiva de los hallazgos tanatológicos. Ello es además de utilidad si es que requiere de mayor tiempo para elaborar el extenso del documento informe de autopsia, independientemente de si arriba o no a establecer la causa de muerte.

10. INFORME DE AUTOPSIA

El informe debe expresar los hallazgos, razonamientos y conclusiones del perito médico legal respecto del caso correspondiente en forma clara y precisa. Es parte integral del procedimiento de autopsia y debe ser emitido con rigor técnico y administrativo. Se espera que sea completo, detallado, legible, comprensible y objetivo, no sólo para otros médicos, sino también para lectores no médicos, por lo tanto, deberá ser escrito con una secuencia lógica, bien estructurado y con facilidad para referirse a sus diversos apartados.

El informe de autopsia debe incluir como mínimo:

- El preámbulo: Que debe contener número de protocolo, datos de procedencia: (quién envía, desde dónde, cuándo, número de Folio, número de parte), datos de la muerte si están disponibles (dónde, cuándo aconteció), datos del hecho si están disponibles (qué aconteció, cuándo y dónde), datos del fallecido si están disponibles (nombre, cédula de identidad, edad, (si se desconoce la identidad se consigna como NN), y todo otro antecedente posible (ej. antecedentes médicos y número del precinto utilizado con la bolsa porta cadáveres).

Se debe además consignar la identidad científicamente acreditada, señalando el método empleado.

En este apartado debiera señalarse breve y resumidamente el método empleado en la realización del estudio, registrando igualmente 5 aspectos administrativos importantes del procedimiento: lugar, fecha y horas entre las cuales se efectuó la autopsia (hora de inicio y hora de término), las personas presentes y su función y la mención de la orden fiscal para realizar el procedimiento.

- Examen externo completo: con la información categorizada en las cuatro eventuales secciones (antropológica, fenómenos cadavéricos, aspectos médicos y patológicos, hallazgos traumáticos si existiesen).
- Examen interno con comentarios específicos para cada órgano, según se trate de vísceras huecas o sólidas, orientado tanto a lesiones como a patologías. En caso de lesiones con recorrido intracorporal, estas debieran insertarse desde el examen externo, mencionando los compromisos en los distintos órganos dejando para describir en el examen interno los aspectos generales, no traumáticos de la estructura.
- Listado de todas las muestras recolectadas para la investigación toxicológica, identificación genética, histología, y otras técnicas; consignando el respectivo número de NUE, dichos especímenes deben ser rotulados y envasados por el perito de acuerdo con lo establecido por la normativa de "Manejo de evidencias y cadena de custodia".
- Incluir resultados de estudios especiales de acciones complementarias: radiología, odontología, entomología o antropología, por ejemplo.
- Conclusiones: concluido examen tanatológico y si fuera necesario, conociendo los resultados de los exámenes complementarios, consignando ordenadamente la identidad del fallecido, la causa de fallecimiento, valorando la participación de terceros en ella y la compatibilidad con los eventuales antecedentes. Las precisiones sobre intervalo post-mortem no suelen ser posibles sólo con la realización de la autopsia, sin embargo, cada perito evaluará si en el caso pertinente existen elementos que permitan un pronunciamiento al respecto.

Los peritos médicos - legales deben interpretar la globalidad de hallazgos, ofreciendo la máxima información y abanico de opiniones. También se debe llamar la atención sobre cuestiones que pudieran ser de importancia y no hayan sido señaladas por la autoridad competente.

Debe firmar el examen pericial aquel perito que efectuó la pericia de acuerdo a los procedimientos y normas expuestas en el presente documento.

11. EMISIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

El perito tanatólogo deberá emitir, de puño y letra, el Certificado Médico de Defunción de acuerdo a la normativa vigente. ("Reglamento sobre extensión de certificado Médico de defunción" Decreto 460 del 25 de junio de 1970), empleando criterio morfológico preferentemente.

12. EMISIÓN DE FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA

Para cada tipo de examen solicitado o previsto las respectivas muestras deben quedar acompañadas del formulario pertinente. Este es un documento oficial, así como el informe de autopsia y el certificado médico de defunción. Su correcto llene y la precisión de las descripciones de evidencias y embalajes dará las garantías técnicas al procesar la evidencia.

13. AMPLIACIONES Y CONSULTAS

La autoridad competente en cualquier momento puede pedir una ampliación respecto del contenido del protocolo y hasta una nueva pericia pudiendo ser resuelto por el perito original u otro según proceda la solicitud.

14. ANEXO MODELO INFORME PERICIAL TANATOLÓGICO

RUC.: _____
 PROTOCOLO DE AUTOPSIA
 N° / AÑO DE: XXXXXXXX
 CIUDAD, FECHA

SR. FISCAL
 FISCALÍA LOCAL DE XXXXXXXXXXXX.

Con fecha de del 20.. . he realizado en la autopsia médico legal del cadáver de Cédula de identidad....., identificado por (cotejo decadactilar, cotejo genético, cotejo odontológico, por sus padres, etc.)

A.- ANTECEDENTES:

Se cuenta con la siguiente información, contenida en el (Formulario para remitir fallecido o Acta de levantamiento de fallecido u otro):

Folio N°....., Parte/Evento N°..... y Procedencia: (Comisaría de Carabineros, Hospital, etc.)

Nombre del fallecido: Edad.....

Antecedentes del hecho si existen: Día, hora y lugar:

Antecedentes del fallecimiento si existen: Día, hora, lugar:

Otras intervenciones efectuadas al afectado: si se conocen: SAMU, bomberos, equipo médico, examen policial de cadáver)

B.- MÉTODO:

La autopsia se desarrolla entre las y horas, con Sr..... Técnico de autopsia y como fotógrafo, contando con la orden fiscal vía para realizar el procedimiento.

Mención breve de los medios empleados, inspección visual, fijación fotográfica, radiológica, etc., técnicas de apertura, obtención de muestras, levantamiento de otras evidencias, etc.

Mencionar que corresponde a las recomendaciones señaladas en las Guías Tanatológicas vigentes. Consignar cuando corresponda si ciertas acciones no pudieron ser desarrolladas y la razón de aquello.

C.- EXAMEN EXTERNO:

I.- Aspectos individualizadores: el sexo, constitución y estado nutricional, Peso y estatura. Edad o rango etario. Color de piel, cabello e iris y sus características, características generales de la dentadura.

Estado general de la superficie corporal, ausencia o presencia de cicatrices, manchas o tatuajes y rasgos físicos distintivos (lunares, perforaciones, etc.).- Vestimentas y anexos, estado y destino.

II.- Fenómenos cadavéricos: enfriamiento, rigidez, livideces, y desecación descritos según método en muertes recientes, fenómenos de transformación cadavérica en muertes remotas o tardías.

III.- Hallazgos: efectuando un examen por segmentos corporales que incluyan genitales externos y región anal, y todos los orificios corporales, en la búsqueda de Fenómenos patológicos (edema, várices, etc.).

IV.- Fenómenos traumáticos (localización topográfica y fijación planimétrica, descripción según método señalado.).

D.- EXAMEN INTERNO:

Examinar según método y medios descritos cavidades y órganos.

I.- CABEZA:

- a) Cuero cabelludo:
- b) Cráneo:
- c) Encéfalo:
- d) Vasos de la base

II.- CUELLO:

- a) Laringe y Tráquea
- b) Tiroides:
- c) Esófago
- d) Vasos cervicales, timo

III.- TÓRAX:

- a) Caja torácica
- b) Pleura
- c) Pulmones:
- d) Pericardio
- e) Corazón:
- f) Grandes vasos

IV.- ABDOMEN y PELVIS:

- a) Peritoneo
- b) Estómago:
- c) Intestino y mesenterio
- d) Hígado y Vesícula biliar:
- e) Páncreas
- f) Bazo:
- g) Riñones:
- h) Vejiga:
- i) Próstata (varones), Útero y anexos (mujeres)

V.- COLUMNA VERTEBRAL, PELVIS Y MIEMBROS:

E.- EXÁMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS O RESERVADOS:

Detalle de muestra para determinar ADN (ej. sangre, hueso o pieza dental)
 Detalle de muestra para determinación de alcohol etílico (sangre u otro)
 Detalle y cantidad de muestras para estudio toxicológico
 Detalle de muestras para estudio histológico
 Detalle de toda otra muestra y tipo de examen solicitado
 Señalar si se practicó radiografías, fotografías u otro estudio.
 Señalar si se levantaron otros elementos materiales (proyectiles, vidrios, vestimentas, etc.)
 Señalar en cada caso el NUE respectivo y el status de dichas muestras (reserva o solicitado).

F.- CONCLUSIONES: (si se trata de muerte por enfermedad)
 Cadáver de sexo identificado como

G.-LA CAUSA DE LA MUERTE FUE:
 Señalar si presenta o no lesiones (ej. caída).
 Señalar si existen o no lesiones atribuibles a terceros
 Calificar el modo de muerte: natural.

(si se trata de muerte por trauma, tóxico o asfixia.)

1. Cadáver de sexo identificado como
2. LA CAUSA DE LA MUERTE FUE:
3. Mencionar estructuras afectadas
4. En caso de trauma, señalar vitalidad, etiología
5. Calificar el modo de muerte: violenta
6. Señalar etiología médico legal (suicida, homicida o accidental) solo si se tiene certeza.
7. Si se cuenta con antecedente específico y fundamentado, señalar si existe compatibilidad.

Saluda atentamente a
 Dr.....
 RUT:
 Correo electrónico de contacto

AL SEÑOR FISCAL
FISCALIA LOCAL - /.

Fecha de emisión/ día mes año / Número de páginas / N de ejemplares impresos.

Observación:

Este documento pretende orientar la labor pericial en materia tanatológica, mencionando los distintos aspectos que deben ser tomados en consideración para un buen actuar en el desarrollo de una pericia de ésta índole, para casos comunes en condiciones de funcionamiento normal. En modo alguno debe constituir una limitante en la ejecución de una autopsia así como para la confección del informe pericial respectivo, debiendo en toda ocasión atender las características propias de cada caso en particular, constituyéndose este modelo en un standard básico que puede replicarse en los casos más frecuentes, entendiendo que casos de mayor complejidad requerirán otras acciones específicas

a desarrollar y que en otras situaciones, resultaran impracticables o improcedentes determinadas actuaciones. En ello estriba su carácter de Guía.

En toda condición en la que -siendo necesario la puesta en práctica de las recomendaciones que esta Guía Tanatológica define para determinados casos- ello no pueda ser llevado a cabo por la limitación que fuese, dicha restricción debe ser consignada detalladamente en el informe de autopsia. En caso de que dichas acciones resulten necesarias e imprescindibles, el perito podrá, previa comunicación al fiscal, requerir de apoyo de otras sedes del servicio médico legal.

El tiempo requerido para la realización del peritaje será el tiempo necesario para realizar todas las indagaciones que el perito requiera, con independencia de requerimientos externos.

“GUÍA NORMATIVA TÉCNICA PERICIAL DE SALUD MENTAL EN LAS ÁREAS DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA y TRABAJO SOCIAL MÉDICO LEGAL”

ÍNDICE

- I INTRODUCCIÓN Y MARCO NORMATIVO
- II CONSIDERACIONES GENERALES
 - 1. Definiciones
 - 2. Solicitud del Peritaje
 - 3. Pregunta Médico Legal, Psico Legal o Socio Legal
 - 4. Del Peritaje
- III ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO PERICIAL GENERAL
- IV ESTRUCTURA DEL INFORME PERICIAL
 - A) ESTRUCTURA BÁSICA
 - B) ESTRUCTURA PERITAJE PSIQUIÁTRICO

Generalidades

Especificaciones del Peritaje Psiquiátrico

C) ESTRUCTURA PERITAJE PSICOLÓGICO

Generalidades

Especificaciones del Peritaje Psicológico

D) ESTRUCTURA PERITAJE SOCIAL

Generalidades

Especificaciones del Peritaje Social

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO NORMATIVO

El Servicio Médico Legal es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, regido por la ley N° 20.065, sobre Modernización, Orgánica y de Planta de su Personal.

El objeto del Servicio Médico Legal es asesorar técnica y científicamente a los Tribunales de Justicia y Órganos de Investigación, en materias relativas a medicina legal y ciencias forenses. Además, le corresponde a este Servicio la tuición y supervigilancia técnica y directiva en la prestación de servicios relativos a dichas materias, poniendo énfasis en su calidad, eficiencia y oportunidad. Finalmente, este servicio público cumple además una labor de colaboración en la capacitación y docencia en materias forenses, a nivel nacional e internacional, con todo tipo de organismos, universidades y demás centros de investigación forense.

El Servicio Médico Legal realiza peritajes médico-legales, en materias Clínicas, Tanatológicas, de Salud Mental y de Laboratorios, evacuando los informes periciales del caso.

El Departamento de Salud Mental tiene como función realizar las pericias psiquiátricas, psicológicas y sociales, tanto a menores de edad como a adultos.

Para ello cuenta con dos Unidades en la Región Metropolitana: Psiquiatría Infantil y Psiquiatría Adultos, y 19 áreas de Salud Mental Regionales.

De acuerdo a lo expuesto, la Normativa Técnica Médico Legal es aquella norma dictada por el Órgano competente, en este caso, emanada del Servicio Médico Legal, en la cual se establecen definiciones y requisitos básicos para la realización de una pericia, así como los procedimientos específicos que deben respetarse en su realización, de modo que su ámbito de aplicación sea a nivel nacional. La presente Guía Normativa se constituye como una orientación a seguir en materia de peritajes de salud mental forense, para personas que laboren en dependencias del Servicio Médico Legal, así como también para los demás psiquiatras, psicólogos y asistentes y trabajadores sociales de los ámbitos público y privado que realicen este tipo de peritaje forense.

La presente guía normativa rige como pautas básicas de aplicación general para todo funcionario(a) del Servicio Médico Legal y para todo contratado(a) a cualquier título por este Servicio, en la realización de peritajes forenses de Salud Mental.

La pericia de Salud Mental comprende a todo aquel profesional que trabaje en el ámbito forense que realice pericias psiquiátricas, psicológicas y/o sociales conducentes a evaluar, a solicitud de un Órgano Jurisdiccional o de Investigación, circunstancias de relevancia psicológica o psiquiátrica en el marco de un proceso judicial o de una investigación criminal.

II.- CONSIDERACIONES GENERALES

1.- Definiciones

Para los efectos de esta normativa, se realizan las siguientes definiciones:

1.1. Medicina Forense: Es aquella especialidad de la Medicina, cuya función es asesorar a los Órganos Jurisdiccionales y de Investigación, aplicando su ciencia y arte en materias legales.

1.2. Perito: Persona que tiene conocimiento especial en una ciencia o arte u oficio y asesora sobre ciertos puntos litigiosos o que son objeto de una investigación.

1.3. Peritado: Aquella persona que se somete o ha sido sometida a un Peritaje.

1.4. Peritaje: Proceso de examen, análisis y evaluación, efectuado por un perito de la ciencia, arte u oficio o requerido, que culmina con un documento escrito que contiene los resultados de ese proceso, como parte de una solicitud de los Órganos Jurisdiccionales o de Investigación.

1.5. Psiquiatría Forense: Es la subespecialidad de la Psiquiatría en la cual la experiencia clínica y científica se aplica a contextos legales que incluyen materias penales, civiles, laborales, correccionales, regulatorias y legislativas.

1.6. Psiquiatra Forense: Todo aquel profesional psiquiatra que en cumplimiento de instrucciones provenientes de un órgano de la Administración de Justicia o de Investigación, emite una opinión especializada del área de la salud mental. Puede ser un Psiquiatra del ámbito adulto o del ámbito infanto-juvenil adolescente.

- a. Psiquiatra Adultos Forense: Psiquiatra que realiza su actividad en el área adulto.
- b. Psiquiatra Infanto-Juvenil Forense: Psiquiatra con ámbito de acción en el área infantil y juvenil, contemplando peritajes de menores de 18 años.

1.7. Psicología Forense: corresponde a una especialidad de la Psicología en la cual la experiencia clínica y científica se aplica a contextos legales que incluyen materias penales, civiles, laborales, correccionales, regulatorias y legislativas.

- a. Psicólogo Forense: Todo aquel profesional que en cumplimiento de instrucciones provenientes de un Órgano de la Administración de Justicia o de Investigación emite una opinión especializada del área de la salud mental.
- b. Psicólogo Adultos Forense: Psicólogo que realiza su actividad en el área adulto.
- c. Psicólogo Infanto-Juvenil Forense: Psicólogo con ámbito de acción en el área infanto-juvenil, abarcando menores de 18 años.

1.8. Perito asistente/trabajador social: Todo asistente o trabajador social que en cumplimiento de instrucciones provenientes de un perito del equipo de salud mental del SML o de un Órgano de la Administración de Justicia o Investigación, emite una opinión especializada en el área de su campo profesional.

1.9. Peritaje Salud Mental: Proceso evaluativo que realiza un profesional del área de salud mental, a solicitud de una Institución competente del sistema de justicia, para fines de aclarar alguna materia o hecho que dicha autoridad estima relevante.

1.10. Peritaje Psiquiátrico: Proceso evaluativo que realiza un psiquiatra a solicitud de una institución competente del sistema de justicia, para fines de aclarar alguna materia o hecho que dicha autoridad estima relevante.

1.11. Peritaje Psicológico: Proceso evaluativo que realiza un psicólogo, a solicitud de una institución competente del sistema de justicia, cuyo objetivo es evaluar estados emocionales, relaciones vinculares, capacidades cognitivas y estructura de personalidad, para fines de aclarar alguna materia o hecho que dicha autoridad estima relevante.

1.12. Peritaje social: Proceso evaluativo que realiza un asistente o trabajador social a solicitud de otro perito del equipo de salud mental del SML o de una institución competente del sistema de justicia, para fines de aclarar alguna materia o hecho que dicho solicitante estime relevante.

1.13. Informe Pericial: Documento médico legal que contiene los resultados de la evaluación de un perito, como parte de un requerimiento de los órganos jurisdiccionales o de investigación. Texto descriptivo y analítico, consistente y coherente, que de modo natural, permite fundamentar, articular

y sustentar en forma clara las conclusiones finales, las que a su vez responderán las preguntas médico-legales del solicitante.

En caso que al solicitante le surjan dudas respecto de las conclusiones de un informe pericial, podrá solicitar una ampliación o aclaración de éste.

- a.- Informe Pericial Psiquiátrico: Documento médico legal escrito, que contiene los resultados de un peritaje realizado por psiquiatra.
- b.- Informe Pericial Psicológico: Documento médico legal escrito, que contiene los resultados de un peritaje realizado por psicólogo.
- c.- Informe Pericial Social: Documento médico legal escrito que contiene los resultados de un peritaje realizado por un asistente o trabajador social.
- d.- Pregunta Médico legal, Psicolegal o Sociolegal: Es aquella pregunta que el solicitante de la pericia le formula al perito en relación a alguna materia de la causa de investigación y/o judicial, para que se pronuncie de acuerdo a sus conocimientos científicos y experticia forense.
- e.- Informe Pericial complementario: Evaluación adicional, que podrá ser psiquiátrica, psicológica, neurológica, social y/u otra, solicitada por el perito cuando acorde a su criterio técnico considere que se requiere una evaluación adicional que complemente la pericia en curso, la que será integrada al informe pericial inicial.

1.14. Ampliación del Informe Pericial: respuesta a consultas formuladas por los requirentes del sistema de justicia, respecto de dudas o confusión que a estas entidades les pudiera haber, luego de tomar conocimiento del informe pericial de salud mental definitivo. Si junto con dicha petición, el solicitante aporta nuevos antecedentes que pudieran considerarse relevantes para las conclusiones del peritaje, el perito acorde a su criterio profesional podrá realizar una ampliación o decidir si a la luz de esa nueva información corresponde realizar una nueva pericia.

1.15. Respuesta en base a antecedentes: Evaluación por parte de un perito sin la comparecencia del sujeto.

1.16. Examen Mental Preliminar: Es aquella evaluación de facultades mentales solicitada por un juez de garantía, u otro miembro del sistema judicial que la ley faculte, a fin de descartar o corroborar específicamente presencia de patología psiquiátrica en función de despejar dudas antes de proseguir diligencias procesales.

1.17. Examen Psiquiátrico: Aquella evaluación realizada por un médico psiquiatra, que, para los peritos del Servicio Médico Legal, se rige bajo el artículo 23 de la ley 20.065.

1.18. Examen Psicológico: Aquella evaluación de un peritado realizada por un psicólogo, en el marco de su quehacer profesional, que se rige bajo el precepto legal del artículo 23 de la ley N° 20.065.

1.19. Examen social: Aquella evaluación realizada por un asistente o trabajador social, en el marco de su quehacer profesional, que se rige bajo el precepto legal del artículo 23 de la ley N° 20.065.

1.20. Instrumentos del peritaje: Metodología y técnicas de las cuales se vale el perito para la realización de las pericias y que deben estar sustentadas en principios científicamente validados, lo cual implica estar a la altura del escrutinio científico, tener un reconocimiento general por la comunidad científica y contar con evidencia empírica que demuestre su potencial rango de precisión y error.

1.21. Acta de información: Documento que firma conforme una persona antes de ser sometida a una pericia y una vez que ha sido debidamente informada sobre la finalidad y los alcances de dicha evaluación pericial.

En caso de los(as) niños(as) y/o adolescentes y/o adultos con discapacidad, el acta de información debe ser firmada por el responsable legal o representante de la institución a cargo.

2.- Solicitud de Peritaje:

Los peritajes psiquiátricos y los psicológicos podrán ser solicitados al Servicio Médico Legal, y a otros organismos legalmente facultados para emitirlos, por los distintos organismos e instituciones del sistema de justicia, toda vez que se considere que la realización de una pericia psiquiátrica y/o psicológica será útil o necesaria para aclarar algún punto de relevancia jurídica en un proceso judicial o en una investigación.

3.- Preguntas Médico Legales, Psico Legales o Socio Legales:

Serán el eje orientador para el perito en su evaluación pericial, y un aporte relevante en el proceso de evaluación del peritado y la recopilación de antecedentes biográficos, clínicos y judiciales, la solicitud de evaluaciones complementarias, a fin de sustentar y respaldar las conclusiones de su pericia.

Si la pregunta no fuese lo suficientemente clara o no estuviese relacionada con la disciplina, ésta deberá ser aclarada según la vía de coordinación de la que disponga eficientemente el perito.

4.- Del Peritaje: Condiciones básicas ideales para la realización del Peritaje:

4.1. Del Contexto para la Evaluación:

Ambientales y de seguridad básica, espacio adecuado, sin exceso de ruidos, y/o cualquier elemento que pueda causar distracción o perturbe el proceso pericial. Confidencialidad e información al peritado.

La pericia tiene limitaciones en la confidencialidad, desde el momento que no existe el “secreto profesional”, que rige al ámbito clínico-terapéutico en otras instancias.

Lo anterior deberá ser informado debidamente al periciado, como también ha de informarse que la pericia se remite en forma exclusiva al peticionario facultado para ello, y de acuerdo al Art. 23 de la ley 20.065 los profesionales del Servicio Médico Legal deben guardar reserva respecto de los hechos que han podido conocer a raíz de su desempeño en la institución.

4.2. Herramientas de trabajo básicas: Se requiere contar con los antecedentes de la causa, otras fuentes de información, posibilidad de realización en condiciones adecuadas para la entrevista clínica psiquiátrica-psicológica o social, como también el uso de técnicas de evaluación.

4.3. De los Peritados:

Quien sea el objeto de la pericia, siempre debe ser evaluado/entrevistado solo, de manera individual, independiente de que éste sea acompañado por algún familiar o persona cercana que también pueda aportar información. En caso de adultos con discapacidad o niños(as) que no logren separarse de su acompañante y/o figura significativa, ésta podría permanecer sin intervenir.

Asistencia sin consumo de alcohol y/o drogas.

En caso de no concurrencia a la evaluación, se enviará un oficio al Tribunal o Fiscalía, dando cuenta de ello.

4.4. Del Perito:

- El perito debe actuar con independencia, imparcialidad, honestidad profesional y rigurosidad científica, favoreciendo el estudio bibliográfico, la investigación necesaria para la integración de todos los antecedentes recopilados, con el fin de dar respuesta a la pregunta médico-legal o psicosocio-legal establecida.
- Voluntariedad de declaración en la pericia: El perito no se encuentra facultado para obligar al examinado a que declare o preste su consentimiento para la realización de la pericia. Un examen pericial con carácter de forzado, no tendrá garantías técnicas suficientes. Se debe informar de este carácter al periciado, y respetar la decisión de no continuar con la pericia, si así corresponde.
- Imposibilidad de efectuar una pericia: el perito deberá manifestar su imposibilidad de efectuar un peritaje, en las siguientes situaciones respecto de la persona peritada:

- 1- Parentesco por afinidad o de consanguinidad dentro del cuarto grado inclusive.
- 2- Interés directo o indirecto en la causa, o vinculación mutua a una institución política o social, en el caso que reste imparcialidad al perito.
- 3- Amistad o enemistad con alguna de las partes involucradas.
- 4- Relación o dependencia laboral que reste imparcialidad al perito.
- 5- Haber actuado o estar en calidad de terapeuta o profesional tratante.
- 6- Haber oficiado de perito de la contraparte.
- 7- Cualquier otra circunstancia que reste imparcialidad al perito.

4.5. Análisis, Contenidos y Conclusiones:

La labor de análisis forense del perito debe plasmarse en los contenidos y conclusiones de su informe pericial, a modo de orientar e ilustrar al solicitante en las materias médico-legales requeridas.

El informe debe resguardar los aspectos formales mínimos para un informe legal, atendiendo a la adecuada comprensión del lector no familiarizado con la terminología psiquiátrica-psicológica, evitando el uso de términos técnicos que interfieran en el proceso de comunicación de resultados.

No es procedente emitir conclusiones extensivas y/o no atingentes a lo solicitado, salvo que se estimen como pertinentes y estén en directa relación con el caso o sean éticamente necesarias.

Evitar, por otra parte, ser categóricos en las conclusiones médico-legales, ya que la psiquiatría, así como la psicología forense y las ciencias sociales no son una ciencia exacta, y se deben emitir opiniones que cuenten con suficiente respaldo técnico y/o científico a partir de los antecedentes recopilados durante el proceso pericial.

El informe pericial de salud mental es considerado el producto de la labor desarrollada por el o los profesionales forenses, donde se condensan sus Conocimientos, habilidades y experticia profesionales.

III.- ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO PERICIAL GENERAL

Las etapas del procedimiento pericial en el Servicio Médico Legal y que deben constituir una Guía para los demás psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales de los ámbitos público y privado que realicen este tipo de peritaje forense, son las que a continuación se mencionan:

1. Requerimiento de evaluación psiquiátrica y/o psicológica desde el sistema judicial, plasmada en un oficio, a través de una pregunta psico-médico-legal.

2. Recepción y asignación de la hora respectiva.
3. Ejecución de la pericia

- Identificar al sujeto a examinar, mediante cédula nacional de identidad vigente.(*)
 - Entregar debida información sobre la pericia, y contar con la anuencia del peritado para dar inicio al peritaje.
 - Lectura comprensiva de los antecedentes: consiste en revisar los antecedentes judiciales (carpeta investigativa, expediente y otros), los que además de aportar información sobre hechos de la causa, a veces pueden incluir datos de fichas clínicas de interés para el perito. Este paso, fundamental en el estudio de cada caso, sirve para interiorizarse de la mayor cantidad posible de circunstancias y antecedentes objetivables que rodearon los hechos investigados, y de las materias del proceso en cuestión. Entrevista(s) Forense (psiquiátrica y/o psicológica).
 - Entrevista a terceros cuando corresponda: en ocasiones, si es útil y factible, se procederá a entrevistar a familiares (cuya identidad deberá ser acreditada de igual manera que el peritado) y conocidos del peritado, para ampliar y cotejar datos aportados por este último.
 - Examen mental del periciado
 - Entrevista(s) complementaria, si se requieren.
 - Solicitud de exámenes complementarios (médicos, psicológicos, neurológicos, sociales) si se estima necesario, atendiendo a la complejidad del caso.
 - Análisis e integración de los resultados, para lo cual el perito sopesará los antecedentes, siguiendo las leyes de la lógica, las máximas de la experiencia y los conocimientos científicamente afianzados, de manera objetiva, buscando integrar los antecedentes judiciales con los elementos clínicos del examen mental y los resultados de las evaluaciones y estudios complementarios, a fin de sustentar sus conclusiones clínico-forenses.
4. Confección del Informe Pericial y firma del mismo por el perito evaluador.
 5. Proceso Administrativo de Despacho.
 6. Solicitud y respuesta de Ampliación del informe, o nuevas diligencias cuando son requeridas desde el sistema judicial.
 7. Preparación y asistencia a Juicio Oral, si procede.

IV.- ESTRUCTURA DEL INFORME PERICIAL

A.- La Estructura Básica del Informe Pericial deberá incluir:

1. Identificación del Peritado, Perito y Causa
2. Motivo de la pericia o del peritaje, Objetivo del peritaje
3. Metodología utilizada
 - Lectura de los antecedentes previo a la evaluación pericial
 - Tipo de entrevistas administradas
 - Tipo de pruebas y/o instrumentos aplicados, cuando procede
 - Solicitud de otras evaluaciones complementarias cuando procede
 - Presentación del caso a opinión de expertos y/o en reunión clínica si procede.
4. Antecedentes biográficos relevantes (personales, familiares, sociales, médicos, psiquiátricos, psicológicos, judiciales y penales)
5. Antecedentes de la Causa
6. Relato de los hechos investigados
7. Conducta Observada y/o Examen Mental
8. Conclusiones
 - Análisis e integración de los resultados
 - Diagnósticos psiquiátricos
 - Respuestas médico legales
 - Sugerencias y Recomendaciones si procede.

Los énfasis dados a la estructura básica del peritaje dependerán del evaluador, si se trata de psiquiatra y/o psicólogo, por tanto las funciones del peritaje estarán condicionadas al profesional que las realice.

(*) Podrá aceptarse documento que acredite que se está tramitando la misma, u otro documento oficial que contenga fotografía.

B.- Estructura Peritaje Psiquiátrico

B.1. Generalidades: Un peritaje psiquiátrico, en términos generales, deberá dar cuenta sobre:

- 1.- El estado de salud mental del examinado.
- 2.- Los diagnósticos psiquiátricos, que de haberlos, deben ceñirse a la nomenclatura de la CIE, última versión (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud,

Décima Versión). También se acepta utilizar el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales, última versión en uso.

3.- La existencia o no de relación entre el estado mental del examinado y los hechos en los cuales está involucrado, dando respuesta a la(s) pregunta(s) médico-legal(es).

4.- Si la condición mental del peritado puede entenderse jurídicamente o no como enajenación mental, locura, demencia, discapacidad o daño, ligándolo al campo legal que se trate (penal, civil, de familia y otros).

5.- En caso de enajenación mental (CPP, art. 455 - 457), indicar si la enfermedad mental es curable o no, el tipo y la modalidad de tratamiento que corresponda (ambulatorio u hospitalización) y el pronóstico clínico. Además, el grado de peligrosidad clínica del examinado para sí y/o terceros, y la pertinencia de aplicación de medidas de seguridad, señalando las medidas terapéuticas específicas de contención necesarias para proteger la integridad del paciente y de terceros.

6.- La evaluación del testimonio se realizará sólo en personas mayores de 3 años y menores de 18 años.

B.2. Estructura detallada del informe psiquiátrico: El Peritaje Psiquiátrico consta de los siguientes ítems, que se detallan a continuación:

1. Datos Generales de Identificación

- a)- Lugar, fecha, y número de informe pericial cuando corresponda.
- b)- Filiación del examinado.
- c)- Definición de la Causa.

Se identifica al examinado con nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, nacionalidad, edad, número de cédula de identidad, estado civil, escolaridad, oficio o profesión, etnia cuando sea pertinente. La identificación del peritado se realizará mediante cédula de identidad o huella dactilar u otro documento oficial confiable.

En caso de presentar el peritado una discapacidad mental que le impida demostrar su identidad, ello será de responsabilidad de un familiar a cargo o tutor, quien a su vez debe acreditar su identidad. Si no existiese persona a cargo, el juez o fiscal debe autorizar la toma de huella digital.

2. Motivo o Solicitud del Peritaje: Debe consignar quién solicita el peritaje, número de la causa (RUC, RIT, Causa Rol), descripción del o los hecho(s) legal(es) y las preguntas médico-legales del solicitante. Se debe especificar la condición procesal del peritado.

3. Metodología Utilizada:

Aquí se señalan los procedimientos técnicos utilizados en la pericia, especificando las herramientas diagnósticas y fuentes de información utilizadas. Se informa de los distintos profesionales intervinientes, en caso de haber interconsultas.

- Lectura de antecedentes, especificando su origen y el tipo de materia que describe.
- Acta de información.
- Tipo y cantidad de entrevistas, a quiénes se efectuaron y en qué fechas se realizaron.
- Tipo de pruebas y/o instrumentos empleados cuando proceda.
- Consignar solicitud de exámenes complementarios cuando proceda.
- Definir los requerimientos de otros antecedentes y documentos.
- Solicitud de otra evaluación pericial complementaria si procede.
- Presentación del caso a opinión de expertos y/o en reunión clínica.
- Psiquiatría Infantil: Aplicación de protocolos y/o de metodologías específicas cuando proceda.

4. Antecedentes Médicos y Psiquiátricos.

Acorde a criterio de pertinencia del perito, se señalan los antecedentes médico-quirúrgicos y particularmente los psiquiátricos, neurológicos, psicológicos y terapias de rehabilitación por adicciones. Se pueden incluir fichas, informes y certificados médicos, historias clínicas y otros documentos médicos. Considerar Antecedentes Relevantes de Familiares.

5. Antecedentes Penales y/o Judiciales:

Consultar dentro de lo posible, los partes policiales, documentos judiciales, registros del Ministerio Público, extracto de filiación y antecedentes del peritado, en función de buscar antecedentes de detenciones, procesos judiciales -penales, civiles, de familia, otros- y condenas penales anteriores, que pudieran ser relevantes para los hechos en investigación actual.

6. Antecedentes Biográficos:

Se recopilan los antecedentes perinatales y del desarrollo psicomotor, considerando patologías del desarrollo.

Características de la familia de origen y la relación del examinado con las figuras parentales. Estilo de apego y la descripción del peritado de sus padres o figuras parentales. Disfunciones familiares. Nivel socioeconómico.

Antecedentes de violencia intrafamiliar, maltrato y abuso infantiles, agresiones sexuales y otro tipo de situaciones psico-traumáticas durante la niñez.

Escolaridad: problemas de aprendizaje, rendimiento escolar; problemas conductuales y disciplinarios; relación con pares y profesores; actividades extraescolares. Estudios superiores: orientación vocacional, continuidad, rendimiento, logro de metas.

Conscripción militar: nivel de adaptación, situaciones psico-traumáticas, problemas conductuales, arrestos, desertión, ascensos en escalafón jerárquico.

Historia laboral: estabilidad, satisfacción vocacional, rendimiento y calificaciones; relación con superiores, pares y subordinados; responsabilidad, motivaciones y progresión; ausentismo y despidos.

Historia sentimental, parental y sexual: relaciones de pareja, convivencia y matrimonios; estilo relacional y estabilidad de pareja; rol parental, número de hijos; desarrollo psicosexual: iniciación y orientación sexual; motivaciones y fantasías; conductas desviadas o parafilias; agresiones sexuales como víctima y/o victimario; disfunciones sexuales; enfermedades de transmisión sexual.

Historia social: modo relacional y nivel de integración; participación en actividades comunitarias, religiosas y políticas. Tipo de ocupación del tiempo libre.

Hábitos: consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales; edad de inicio, motivaciones, patrón de consumo; indicadores de abuso o adicción; conciencia de enfermedad, tratamientos y adherencia a éste (compliance).

7. Relato Auto-Descriptivo de Historia Delictual:

Tipo de delitos, edad de inicio, motivaciones, capacidad de enjuiciamiento y autocrítica.

8. Relato de Hechos Investigados y Antecedentes de la Causa Judicial Actual:

Relato efectuado por el sujeto peritado en los cuales está involucrado y antecedentes relevantes de la causa según criterio del perito.

9. Examen Mental:

Aspecto, actitud y modo de presentación; actitud y enjuiciamiento frente a los hechos judiciales que se investigan.

Nivel de sintonía y tipo de contacto con el perito: empático, autista, instrumental, otro.

Conciencia de situación pericial y de enfermedad.

Nivel de colaboración y respuestas: escamoteo, simulación, teatralidad, acomodación, afán ganancial, manipulación.

Nivel de conciencia, orientación y funciones cognitivas (atención, concentración, memoria).

Psicomotilidad.

Capacidad de volición.

Funciones senso-perceptivas.

Discurso, lenguaje, ideación y pensamiento; comprensión, raciocinio, orden lógico; abstracción, síntesis y cálculo; pruebas de rendimiento inducido.

Nivel intelectual. Juicio y sentido de realidad.

Afectividad: sentimientos, modulación y resonancia emocional, estado del ánimo.

Descripción de rasgos de personalidad. Desarrollo moral.

10. Solicitud de Evaluaciones Complementarias:

Todo informe deberá consignar, si fuesen necesarios, los exámenes y evaluaciones solicitados a fin de complementar el peritaje psiquiátrico, señalando el motivo por el cual fueron pedidos y su utilidad en el peritaje.

Aquí se incluyen evaluaciones psicológicas y neurológicas, fichas clínicas e informes sociales, interconsultas a otros psiquiatras forenses y reuniones clínicas.

Exámenes complementarios y otros documentos clínicos:

- a) Los exámenes complementarios solicitados (bioquímicos, hormonales, electroencefalograma, estudios por neuroimágenes y otros), también deben señalarse en su función y utilidad en este ítem.
- b) Otros Documentos Clínicos:

El perito puede solicitar a través del tribunal y/o fiscalía, cualquier tipo de documentos como antecedentes de la conscripción, documentos y certificaciones respecto de la vida laboral, discapacidad del examinado (Compin), certificaciones de estudios técnicos y académicos, certificaciones sobre participación en organismos comunitarios y cargos desempeñados.

11. Comentario Forense:

Se puede incluir, en términos de respeto, imparcialidad y a través de un vocabulario menos técnico para hacerlo más comprensible, si el perito considera que ayuda a la comprensión de su informe pericial.

12. Conclusión:

Se señala la presencia o no de enfermedades mentales expresada acorde a lo dispuesto en el N° 2 bajo el título "Peritaje psiquiátrico" de esta guía normativa. Se especifica si los diagnósticos consignados constituyen o equivalen a enajenación mental, locura o demencia jurídicamente entendida. Se informa si existe relación médico-legal entre los diagnósticos y las materias de la causa judicial o investigación en cuestión. En caso de enfermedad psiquiátrica del peritado se indica el pronóstico y modalidad de tratamiento -ambulatorio, internación, psicofarmacológico, terapias-, y si corresponde se debe señalar el riesgo clínico de auto- y hetero-agresión del peritado por razones de medida de seguridad.

13. Firma del Perito:

Debe firmar el informe pericial el psiquiatra que realizó la pericia de acuerdo a los procedimientos expuestos en el presente documento.

C.- Estructura del Peritaje Psicológico

C.1. Generalidades: Es importante señalar que el peritaje psicológico deberá dar respuesta a la pregunta psico-legal originada desde el sistema de justicia directamente o bien como parte de una evaluación complementaria de apoyo a la pericia psiquiátrica. Por su parte, el peritaje psicológico, en términos generales, deberá considerar los siguientes aspectos:

1.- Los diagnósticos deben explicarse en términos descriptivos y las afirmaciones deben ser justificadas de manera rigurosa y científica.

2.- Los contenidos del informe deben ser consistentes con los resultados.

3.- Consideraciones Éticas:

El quehacer profesional del psicólogo, en el marco institucional del Servicio Médico Legal, requiere indudablemente que sea regido por lineamientos éticos que estén a la altura de los estándares nacionales e internacionales del ejercicio de la profesión. Es por esto que los profesionales que desempeñen labores periciales, se adscriben a consideraciones éticas emanadas tanto de instancias nacionales como el código de ética del Colegio de Psicólogos de Chile, como a internacionales, tal es el código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA).

4.- La Psicología Forense como especialidad, tiene algunos alcances y limitaciones importantes de consignar:

Al momento de emitir informes periciales psicológicos forenses, se debe tener en cuenta que el propósito de la pericia es poder aclarar a las instancias legales que lo requirieran a través de una opinión profesional, la cual debe estar enmarcada dentro de la praxis de la disciplina. El informe psicológico forense no debe ser utilizado con otro objetivo ni fuera del contexto pericial forense.

No es posible responder a preguntas legales que estén fuera del ámbito de acción de la psicología, y de las técnicas utilizadas en la realización de la pericia.

La Aplicación de Pruebas Psicológicas es una competencia exclusiva del perito psicólogo, por lo tanto, es él (o ella) quien determina el instrumento a utilizar y si corresponde o no su aplicación.

La selección de la prueba también debe obedecer al grado de experticia del perito y al mínimo de aprobación de la comunidad psicológica y debe utilizarse con las limitaciones propias de cada metodología, siendo el psicólogo quien deba definir las pruebas que considere con mayor confiabilidad y validez científica para responder a la demanda específica.

C.2. Estructura Específica del Informe Psicológico:

La estructura del peritaje psicológico, se define en los siguientes elementos:

1.- Datos Generales y de Filiación del Examinado:

En este apartado se deben incluir los siguientes datos: Nombre del evaluado(a), edad cronológica, fecha de nacimiento, nivel de escolaridad, profesión u oficio, nacionalidad, estado civil, fecha de la evaluación, RUN, número de causa, procedencia Tribunal e identificación del perito.

2.- Motivo o Solicitud del Peritaje:

Se debe especificar cuál(es) son los objetivos de la pericia psicológica, quién lo solicita, el delito o materia por el que se está periciando a la persona, RUC de la causa, número de oficio y fecha de la solicitud.

3.- Metodología Utilizada:

En este apartado se describen los procedimientos realizados por el perito psicólogo para la confección de su pericia. Se debe incluir:

- . Acta de información.
- . Lectura de los antecedentes.
- . Tipo de entrevista(s) administrada(s).
- . Número de entrevistas, Tiempo utilizado.
- . Tipo de pruebas y/o instrumentos aplicados, cuando procede.
- . Evaluaciones complementarias, cuando procede.
- . Presentación del caso a opinión de expertos y/o en reunión clínica de acuerdo a recursos disponibles.

4.- Antecedentes Biográficos Relevantes, Otros Necesarios para la Causa y Conclusiones:

Los antecedentes descritos en este apartado corresponden a la biografía de la persona examinada, se revisan antecedentes desde la infancia hasta el período actual, incorporando constitución familiar, relaciones con las figuras parentales significativas, con sus parejas, experiencias traumáticas, historia escolar, historia laboral, vida afectiva, sexualidad, hábitos y consumo de sustancias, antecedentes mórbidos, psiquiátricos/psicológicos de relevancia, y antecedentes penales.

La comunicación de estos datos se encuentra en estrecha relación con la pregunta médico-legal que motiva el peritaje.

5.- Antecedentes de la Causa:

Se describe la información proporcionada en los antecedentes legales de la causa y que tenga relevancia para la realización de la pericia psicológica.

6.- Relatos de los Hechos Investigados:

En este apartado se describe el relato realizado por el/la evaluado(a) respecto de los hechos que se investigan.

7.- Conducta Observada:

Se deben registrar en este apartado todos los elementos que den cuenta de la interacción entre el peritado(a) y el examinador(a) durante la realización de la pericia. Se sugiere considerar a lo menos: Presentación personal, nivel de cooperación, manejo de la situación de evaluación, actitud ante la evaluación y el entrevistador(a), orientación temporal y espacial, lenguaje, comprensión y afectividad.

8.- Solicitud de Evaluaciones Complementarias:

Todo informe deberá consignar, si fuesen necesarios, los exámenes y evaluaciones solicitados a fin de complementar el peritaje psicológico, señalando el motivo por el cual fueron pedidos y su utilidad en el peritaje. Aquí se incluyen evaluaciones psiquiátricas y/o médicas, fichas clínicas e informes sociales y reuniones clínicas.

9.- Análisis de los Resultados:

Considerando la metodología utilizada y la recopilación de la información de la entrevista, el perito psicólogo procede a la integración de los resultados. Se deben considerar las pruebas psicológicas aplicadas, la lectura de los antecedentes, las entrevistas psicológicas forenses y la lectura de otros informes (psiquiátricos o sociales complementarios).

10.- Conclusiones:

Las conclusiones del informe pericial psicológico deben ser descritas en un lenguaje sencillo, evitando de esta manera los tecnicismos.

La conclusión se debe corresponder con la pregunta médico legal que origina la demanda.

Las conclusiones pueden expresarse en los términos que el perito considere más ilustrativo, según criterios científicos actualizados (p. e. CIE-10 o DSM-IV-TR).

El perito psicólogo puede sugerir acciones como parte de las conclusiones de la pericia, pero nunca proponer una decisión legal.

11.- Firma del Perito:

Debe firmar el examen pericial aquel perito que efectuó la pericia de acuerdo a los procedimientos expuestos en el presente documento.

D.- Estructura Peritaje Social**D.1. Generalidades:**

1) El Peritaje Social deberá dar respuesta, a través de un documento escrito, a la pregunta socio-legal emanada desde otro perito del área de salud mental o directamente del sistema justicia. En el caso de esto último, se responderá sólo si la consulta tiene directa relación con un asunto médico-legal.

2) El quehacer profesional del Trabajador/Asistente Social, en el marco institucional del SML, requiere registrarse por los lineamientos éticos y metodológicos de la profesión.

3) Al momento de emitir informes periciales sociales, se debe tener en cuenta que el propósito de la pericia es aclarar al solicitante del informe lo que requiere, a través de una opinión profesional. El Informe Pericial Social no debe ser utilizado para otros fines ajenos al ámbito médico legal.

4) No es posible responder a preguntas legales que estén fuera del ámbito del Trabajo Social y del quehacer institucional.

D.2. Estructura Específica del Informe Social:

La estructura del Peritaje Social se define en los siguientes elementos:

1. Tipo de evaluación e identificación del perito que realiza la evaluación y del solicitante.

En este ítem se debe detallar nombre del perito evaluador, identificación del solicitante (otro perito del área, Juzgado/Fiscalía).

También se debe detallar la causa judicial a la que responde la pericia solicitada, indicando Juzgado/Fiscalía, N° de RIT/RUC y calidad de la participación del sujeto evaluado.

Debe registrarse además la fecha de emisión del informe escrito y número del informe médico legal a que pertenece.

2. Objetivo de la evaluación:

En este apartado se debe registrar el objetivo de la pericia social, así como la causa judicial a que pertenece, indicando Juzgado/Fiscalía, N° de RIT/RUC y calidad de la participación del sujeto evaluado.

3. Metodología utilizada:

En este ítem se registran los procedimientos utilizados por el perito social para la realización de su pericia. Se debe incluir a lo menos:

- Lectura de antecedentes de la causa judicial.
- Lectura de antecedentes recabados por perito solicitante, si procede.

- Lectura de otros antecedentes relevantes relacionados con el sujeto evaluado, si procede.
- Tipo de entrevista(s) realizada(s).
- N° de entrevistas, sujetos entrevistados, lugar donde se realizan.
- Visita domiciliaria, indicando N° de veces, lugar donde se llevó a cabo y fecha de realización.
- Solicitud de antecedentes de otras fuentes de información, entendiéndose como entrevistas a otros significativos, contacto telefónico o por otros medios de comunicación con otras instituciones, cuando proceda. De ser utilizada esta metodología, se debe registrar nombre de la fuente de información y qué tipo de antecedente facilita.

4. Identificación de sujeto peritado

En este campo se registran los datos personales relevantes del sujeto peritado, debiendo contener:

- Nombre Completo, N° Cédula de identidad, edad y fecha de nacimiento, nacionalidad (en el caso de ser el evaluado extranjero), estado civil, escolaridad, profesión u oficio, actividad que desarrolla al momento de la evaluación, antecedentes previsionales, antecedentes de salud generales.

5. Identificación de grupo familiar, si procede

Se deberán registrar los antecedentes generales de grupo familiar, tales como su nombre, relación con peritado, edad, actividad, antecedentes de salud relevantes, y cualquier otro antecedente pertinente.

6. Descripción habitacional y económica

Esta descripción a lo menos deberá contener la calidad de tenencia del lugar que habita, describir entorno y condiciones de infraestructura, distribución de espacios, del estado de los enseres y si éstos son funcionales a los residentes.

Se registrarán ingresos económicos y gastos generales del sujeto evaluado y grupo familiar, si procede.

7. Antecedentes Generales y Situación Actual

En este apartado se indican los antecedentes judiciales que dan inicio a la causa que origina la solicitud de peritaje médico legal, así como breve historia familiar y social que circunda a los hechos judiciales. Además, se dará cuenta de la situación actual del sujeto peritado. Si procede, en este apartado se registran los antecedentes aportados por otras fuentes de información.

8. Opinión profesional, conclusiones y/o sugerencias

Procederá en este ítem realizar un breve resumen de los hallazgos, concluyendo en relación al objetivo planteado.

Procede además registrar el análisis técnico de los hallazgos y realizar sugerencias, si procede.

Las conclusiones del Informe Pericial Social deben ser concordantes con los antecedentes descritos y ser expuestas en un lenguaje claro, sencillo y descriptivo, evitando tecnicismos. La sugerencia, si procede, se entenderá como una opinión profesional que propone acciones determinadas, pero nunca será una decisión legal.

9. Firma de perito que emite documento escrito. Debe firmar el examen pericial aquel perito que efectuó la pericia de acuerdo a los procedimientos expuestos en el presente documento.

PROPUESTA NORMATIVA TÉCNICA DE ELABORACIÓN DE PERICIA HISTOPATOLÓGICA

INTRODUCCIÓN.

El Servicio Médico Legal cuenta con tres Centros de Referencia (C.R.) a nivel nacional: C.R. Valparaíso, C.R. Santiago y C.R. Temuco. Cada Centro de Referencia posee una realidad, en lo particular, muy diferente de la otra, en cuanto a Recurso humano, instrumental y/o equipos, números de pericias y lugares de derivación de las muestras. Además, las metas periciales y de desempeño colectivo difieren en cuanto a plazos y porcentajes de cumplimiento. Sin embargo, es posible generar una normativa técnica transversal que sea aplicable en cada uno de los Centros.

OBJETIVO GENERAL.

Establecer los criterios para la organización y el funcionamiento de los tres centros de histopatología del Servicio Médico Legal, ubicados en Valparaíso, Santiago y Temuco, para una adecuada gestión en la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Regular las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Establecer los criterios referidos a gestión, organización y prestación de servicios con criterios de calidad, seguridad y oportunidad.

ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Norma Técnica de histopatología es de aplicación en todos los centros de histopatología existentes, en el SML y se aplicará a todas las muestras histológicas y citológicas que ingresan a la Unidad Histopatología

RESPONSABILIDADES.

Jefe de Departamento y/o Encargado de Unidad:

El encargado técnico de las unidades de histopatología deberá ser un médico anatómo-patólogo con a lo menos 5 años de experiencia en el Servicio Médico Legal.

- Coordinar la gestión de la Unidad.
- Visar y firmar informes periciales.
- Firmar documentación interna (Memorándum) y externa (oficios) cuando corresponda.
- Controlar la aplicación de los reglamentos de la Unidad de Higiene y Seguridad.
- Supervisar el mantenimiento del procedimiento “Elaboración de Pericia Histopatológica”.
- Asegurar el cumplimiento íntegro del estatuto administrativo.
- Responsable por la adquisición de equipos e insumos técnicos para laboratorio.

Perito Anatómo-Patólogo:

- Médico con postgrado en Anatomía Patológica.
- Experto en el estudio macro y microscópico de los tejidos, con experiencia en técnicas de evisceración y disección de órganos y aparatos.
- Responsable de la selección y corte de las muestras de tejidos en estudio, para su procesamiento histológico.
- Encargado de realizar el estudio microscópico de tejidos orgánicos y de solicitar estudios adicionales (Histoquímicos e Inmunohistoquímicos), cuando se requieran para diagnóstico.
- Encargado de realizar el análisis del protocolo de autopsia, antecedentes del fallecido y correlacionar con el examen microscópico.
- Responsable de realizar el Informe pericial histopatológico con su respectiva firma.
- Asesorar y dar respuesta a las consultas de los médicos tanatólogos, fiscalías y policía.
- Colaborar con la docencia de pre y post grado.
- Asistir a Juicios Orales y a su preparación a solicitudes de las Fiscalías

Tecnólogo Médico:

Profesional Universitario con la especialidad de Morfofisiopatología y Citodiagnóstico. Experto en tejidos humanos, encargado de realizar el Examen histopatológico.

Funciones Laboratorio:

- Encargado de la realización de Técnicas Histológicas, Histoquímicas e Inmunohistoquímicas en muestras de tejido, incluidos todas las actividades que implica (encapsulado, inclusión, corte, rotulado, entrega y registro del examen).
- Participa en la realización de informes mensuales meta desempeño colectivo.
- Participa en el proceso de Certificación de Calidad de la Unidad en la generación y revisión del procedimiento de “Elaboración de pericia Histopatológica”.
- Realiza pedido mensual de insumos de su uso.
- Coordina con unidad de logística mantenimiento de equipos.
- Gestiona mensualmente aseo terminal con empresa externa.
- En ausencia de un tecnólogo las funciones serán suplidas por los que se encuentren presentes.

Funciones Sala de Corte:

- Puede asistir a los peritos, es su trabajo de sala de corte, de acuerdo a necesidad.
- Responsable por la mantención de la base de sus datos.

Técnico o quien lo subrogue:

- Funcionario con inducción de dos meses para realizar procedimientos en Sala de Corte.
- Encargado de la recepción de muestras que ingresan a la Unidad.
- Realiza el punto de control del ingreso de muestras, rechazando aquellas que no cumplan con los criterios de aceptación.
- Ingresa, distribuye y almacena las muestras que son aceptadas en la Unidad de histopatología.

- Recibe y archiva los Exámenes histopatológicos, bloques histológicos y las muestras de reserva.
- Actualiza el inventario de los Exámenes histopatológicos y bloques histológicos.
- Prepara Formalina y abastece de frascos a Médicos Patólogos y a la Sala de Autopsias.
- Fotocopia antecedentes de los casos que han sido solicitados por los Tanatólogos.
- Apoya las funciones de Patólogos(os), proveyéndoles del material necesario, para el corte de los casos.
- Retira los insumos de bodega para la unidad.
- Mantiene el orden y la limpieza de sala de corte.
- Complementa solicitud mensual de insumos de la Sala de Corte
- Encargado de la eliminación de residuos peligrosos y sustancias infecciosas de la sala de corte.
- Colabora con el lavado del material.

Administrativa:

- Funcionaria capacitada en atención de público, atención telefónica, software de base de datos y Microsoft Office ®.
- Cumple el rol de conectar la Unidad con los usuarios internos y externos.
- Apoya a la jefatura de la Unidad en la organización administrativa de la misma: redactando documentos de uso interno y externo.
- Apoya a los peritos en sus requerimientos de información institucional, tales como permisos administrativos, feriados legales, capacitaciones, participación en juicios orales.
- Ingresa, organiza y distribuye documentación interna (Memorándum) y externa (Oficios).
- Responde las consultas sobre peritajes ingresadas vía correo o telefónica de usuarios externos e internos.
- Completa y actualiza los datos administrativos, en los registros, de cada peritaje ingresado.
- Transcribe, digita y despacha informes.
- Responsable del resguardo de documentación física de la Unidad.

RECEPCIÓN DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO

Las muestras histológicas se deben remitir en frascos plásticos, generalmente de 500 ml. de capacidad, con tapa y contratapa, bien sellados. El fijador utilizado para la preservación de los tejidos, es formalina neutra, al 10%, el cual idealmente debe tener un volumen 20 veces superior al tamaño de la muestra. Cada frasco debe venir correctamente rotulado con la siguiente información: N.U.E., fecha de toma de muestra, código de protocolo autopsia, nombre del fallecido y perito tanatólogo ejecutor. De ser necesario deben utilizarse los frascos que se requieran, así como también para identificar diferentes sitios de extracción de las muestras.

Con respecto a la documentación que acompaña a las evidencias, se revisará que se encuentren presentes los siguientes documentos: Rótulo-Formulario Único de Cadena de Custodia, Solicitud de examen histológico, Informe pericial Tanatólogo, también conocido como Protocolo de autopsia.

RECHAZO DE MUESTRAS.

Será motivo de rechazo, con devolución de ellas al SML de origen:

- 1) Muestra (frasco o bolsa) no identificada.
- 2) Datos incompletos en solicitud (sin diagnóstico, sin nombre del fallecido, sin identificación del órgano).
- 3) Discordancia entre datos de la solicitud y órganos enviados, incluyendo discrepancias en asignación de N.U.E.
- 4) Cualquier condición física defectuosa que condicione el correcto transporte y conservación de la evidencia (derrames, ausencia de sello de seguridad, uso de líquido fijador y contenedor inapropiado).

OBTENCIÓN DE MUESTRAS HISTOPATOLÓGICAS.

Criterios Generales

- La toma de la muestra es, básicamente, responsabilidad de los médicos tanatólogos. Desde el punto de vista anatomopatológico lo más importante es que la muestra sea representativa (calidad y cantidad) de la enfermedad o lesión estudiada.
- Los tipos de muestra obtenidas y recibidas para examen corresponden a (tejidos, partes de órganos, órganos, segmentos de aparatos y sistemas, compartimentos, partes de extremidades, extremidades enteras, otros).
- Citologías por punción (de líquidos y sólidos) o improntas.

CORTE MACROSCÓPICO DE MUESTRAS.

El Tecnólogo/a Médico o el Técnico, prepara campana de extracción de gases con el material necesario para proceder al corte macroscópico. Además, se dejan la documentación necesaria y sus respectivas muestras.

El/la Perito Patólogo/a recibe las muestras con sus respectivos antecedentes y procede a cotejar la correspondencia de los datos de los antecedentes de identificación de la pericia y a efectuar los cortes macroscópicos de los tejidos.

Las muestras cortadas se colocan en un frasco de tapa amarilla que contiene formalina de trabajo, rotulado con el mismo número histológico y con uno de los números de la N.U.E.

Posteriormente se devuelve el tejido remanente al frasco de muestra madre que quedará en reserva y recepcionado por el Tecnólogo/a Médico o en su defecto personal Técnico u otro dispuesto para tal evento.

Si la muestra incluye tejido óseo, la totalidad o parte de la muestra puede ser entregada al Tecnólogo/a Médico, para proceso de descalcificación controlada si la situación lo amerita, y según consenso con Perito.

ENCAPSULAMIENTO DE MUESTRAS.

El Tecnólogo/a Médico introduce los tejidos, en casetes Rotulado con el número H del frasco madre más un número correlativo, para cada caso.

Registra la cantidad de muestras y casetes utilizados.

Finalmente se introducen los cassetes en el canastillo para ser colocados en el procesador de tejidos automático.

PROCESAMIENTO DE TEJIDOS.

El procesador de tejidos es un equipo automatizado en el cual las muestras se procesan por alrededor de 12 horas, éstas se deshidratan, aclaran e impregnan en parafina. Cada centro de referencia cuenta con su equipo respectivo.

INCLUSIÓN DE MUESTRAS.

El/la Tecnólogo/a Médico, toma un molde metálico caliente, lo posicionarlo bajo el dispensador de parafina, orienta las muestras adecuadamente y coloca sobre el molde la parte rotulada del casete, para que, al solidificarse la totalidad de la parafina, ambos queden adheridos. Se colocan en la placa de enfriamiento, formando el molde histológico. Se eliminan los excesos de parafina que quedan en sus bordes. Obtenido los bloques sin exceso de parafina, se procede a ordenarlos según número Histológico y se cotejan con el registro de encapsulamiento.

MICROTOMÍA Y OBTENCIÓN DEL CORTE HISTOLÓGICO.

El Tecnólogo/a Médico procede al corte de los bloques histológicos en el Micrótopo (cada centro de referencia cuenta con sus respectivos equipos). Los moldes refrigerados se desgastan a 30-50 micrones y se guardan posteriormente en refrigerador o en la placa fría. Mientras se enfrían, se debe llenar el baño de flotación con agua corriente y/o destilada y dejar que ésta alcance una temperatura óptima aproximada de 40°C, que se evidencia en la pantalla del mismo. Se procede al corte (entre 3-7 micrones). Una vez que se ha obtenido el corte en el micrótopo, el corte se deja caer en el baño de flotación y se coloca en un portaobjeto previamente rotulado con el número histológico rotulado y que posee medio de adhesión. Cuando ya se ha terminado el proceso de corte y recolección de éstos en los portaobjetos, se colocan en los canastillos y se ponen en la estufa de secado.

TINCIÓN DE LÁMINAS HISTOLÓGICAS.

Las láminas histológicas se colocan en sus respectivos cestillos y se realiza la tinción de rutina hematoxilina eosina de manera automática en el tincionador (Cada centro de referencia posee su equipo particular). Si es necesario y por solicitud del Médico Patólogo se realizan tinciones especiales.

MONTAJE DE LÁMINAS HISTOLÓGICAS.

Luego de la tinción se procede al montaje en medio hidrófobo de las láminas o portaobjetos, con el objetivo de preservación de corte histológico y su posterior observación al microscopio por parte del médico. Este proceso se puede llevar a cabo de manera manual o automatizada según sea la realidad de cada centro de referencia.

ENTREGA LÁMINAS A MÉDICO PATÓLOGO.

Las láminas de cada caso histológico se rotulan con lápiz permanente y se entrega al respectivo médico patólogo con su documentación. Cabe mencionar que cada Centro de Referencia cuenta con metas de desempeño colectivo y pericial con diferentes indicadores y criterios de aceptación y de exclusión.

ELABORACIÓN DE INFORME.

El o la Médico(a) Patólogo(a) recibe las láminas y los antecedentes del fallecido; realiza una evaluación y análisis del examen macroscópico, del protocolo de autopsia y realiza el análisis microscópico, de cada una de las muestras seleccionadas, con el fin de aportar la evidencia objetiva al estudio de la causa de muerte.

Se elabora el borrador del Informe Histopatológico, éste consta en su primera parte de los datos del fallecido, luego el examen microscópico de cada una de las muestras procesadas, realizando una descripción de los cambios histológicos en los tejidos examinados. Posteriormente, los diagnósticos histológicos notas u observaciones y finalmente la firma y su distribución. Este borrador de informe puede estar escrito manualmente, ser digitado o dictado por el patólogo. El médico entrega borrador y protocolo de autopsia a Administrativa y láminas se devuelven al Laboratorio para su archivo.

DIGITACIÓN DE INFORME PERICIAL.

La Administrativa digita el borrador del Informe Pericial, y se imprime una copia para que el/la Patólogo/a lo revise, visada la transcripción del informe, a continuación, la Administrativa emite los informes y preparar el despacho.

DESPACHO.

Cada Centro de referencia despacha 3 copias de cada informe pericial. Uno para la Unidad de Tanatología, otro para la Fiscalía y el tercer informe junto a los documentos adjuntos se guarda en Archivo de La Unidad. Terminado el proceso se completa en la Base de Datos la fecha de despacho.

ELIMINACIÓN DE MUESTRAS.

La elaboración de la pericia histopatológica genera distintos tipos de residuos. La normativa de eliminación y los convenios con las empresas encargadas de este proceso son tarea de Unidad de Higiene y Seguridad.

La eliminación de las muestras histológicas (frasco madre y excedentes) se realiza posterior a la fecha de evacuación del informe histopatológico, con un plazo mínimo de 3 meses. Para completar este proceso se debe contar con Memorándum informativo visado por Jefatura de Unidad y Dirección Regional, con distribución a las fiscalías correspondientes.

La eliminación y transporte de residuos especiales (patológicos/infecciosos y cortopunzantes) y residuos peligrosos (solventes, reactivos, tejido fijado en formalina, otros) son realizados por empresa externa en convenio según las necesidades de cada sede.