boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES
Número 19 Enero 2013

SUMARIO

1. *EDITORIAL.*

2. PROBLEMÁTICA LEGAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA CON MENORES. Ayala Espinosa G.

3. VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO POR CICATRICES POR MÉDICOS FORENSES DE DIFERENTES INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL. Rodes Lloret F, Sánchez Navas L.D., Pastor Bravo M., Cañete De Silva Z., Borras Rocher F., Dorado Fernández E.

4. ENTRE EL DELITO Y LA FALTA DE LESIONES. Ruiz M.A.

5. ALGUNOS RASGOS DENTALES BÁSICOS EN LA IDENTIFICACIÓN HUMANA. López-Lázaro S., Viciano J., Alemán I., Botella M.C.

6. HERIDA CERVICAL POR ESCOPETA. EFECTO DE LOS GASES DE EXPLOSIÓN EN DISPARO DE ARMA DE FUEGO. Dorado Férnandez E., Andreu Tena E., Barca Duran J., Carrillo Rodríguez M.

El BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACIÓN GALEGA DE MÉDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva actual está formada por Dn Alberto Fernández Liste como Presidente, Dña Belén Campos Casal como Vicepresidenta, Dña Iria del Río Tajes como Secretaria, Dña Ana Cascón Gutiérrez como Tesorera y como Vocales Dña. Rosario Montes Somoza, Dña. Ana Losada Gil, Dña Maria José De la Fuente Pérez, Dña Ana Cascón Gutiérrez, Dña Berta Rodríguez Martínez y Dn. José Manuel Suárez Dono. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 118.666 y registrada en el Registro Autonómico de Asociaciones Profesionales. La A.G.M.F. tiene su sede actual en la Subdirección de Lugo del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Armando Durán s/n 27071 Lugo.
DEPOSITO LEGAL OR-86/1995.
ISSN 1136-078X.
IMPRIME: Imprenta Dixital (Verín-Ourense).
Título Clave: Boletín Galego de Medicina Legal e Forense.
Título abreviado: Bol. Galego med. leg. forense.

El presente número del BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el número 19 y contiene información anterior al 31 de diciembre de 2012.

Las comunicaciones con el BOLETÍN se dirigirán a la atención del Director de Boletín desde la página web de la Asociación Galega de Médicos Forense.

EL BOLETÍN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE SE PUEDE DESCARGAR EN LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN:

www.agmf.es

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

XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA

boletin galego de
medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

DIRECTOR

Dn Fernando Serrulla Rech

COMITÉ EDITORIAL

Dn. Enrique Dorado Fernández

Dn. José Luis Gómez Márquez

Dña. Ana Riera Táboas

Dña. Ana Cascón Gutiérrez

Dña. Rosario Montes Somoza

Dn. José Luis Cascallana Álvarez

COMITÉ CIENTÍFICO

Excmo.Sr.Dn Fernando Alañón Olmedo (Presidente de la Audiencia Provincial Ourense)
Dr.Dn Angel Carracedo Alvarez (Universidad Santiago de Compostela)
Dr.Dn.Manuel Sancho Ruiz
Dr.Dn Juan Bautista Martí Lloret (Universidad Miguel Hernández)
Dr.Dn.Francisco Etxeberría Gabilondo (Universidad del Pais Vasco)
Dr.DnJosé Antonio Sánchez Sánchez (Universidad Complutense de Madrid)
Dr.Dn Antonio Piga Rivero (Universidad de Alcalá de Henares)
Dr.Dn.José Luis Prieto Carrero (Médico Forense)
Dra.Dña.Beatriz Aguilera Tapia (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr.Dn.Benito A.López de Abajo Rodriguez (Médico Forense)
Dra.Dña.MªPaz Suarez Mier (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dra.Dña.MªSoledad Sánchez de León (Instituto Nacional de Toxicología y CCFF)
Dr.Dn. Jerónimo Forteza Vila (Universidad Santiago de Compostela)

Seguimos en la brecha

La crisis azota duro a nuestro alrededor. También al pequeño grupo de funcionarios que somos los Médicos Forenses de éste país que resistimos las embestidas de los recortes. En los últimos meses hemos visto recortar nuestro sueldo más de 500 euros al mes siendo como somos un colectivo esencialmente vocacional y no conflictivo. Gente en general, trabajadora y pacífica que trata de hacer su trabajo lo mejor posible. Somos realmente un colectivo al que casi ya no se le pueden pedir más esfuerzos. Hemos perdido un curso de formación (de los dos que teníamos, es decir el 50%). Algunas plantillas como la de Ourense siguen exactamente igual que hace 25 años aunque el número de asuntos y el de Juzgados se han duplicado. A pesar de todo seguimos en la brecha, trabajando con interés en los casos e incluso algunos investigando y promocionando la Medicina Forense gallega a nivel nacional e internacional.

La Asociación Galega de Médicos Forenses (AGMF) sigue también en la brecha organizando jornadas científicas pese a quien le pese, con una Junta Directiva de la que nos sentimos orgullosos por su dedicación, interés y energía. Gracias a todos, pero especialmente a Alberto Fernández y Belén Campos por su tiempo y su interés. La Jornada de Pontevedra constituyó un nuevo éxito de organización de la AGMF y mantuvo el lema de la primera jornada: 'Formación derecho y deber', toda una declaración de principios. Estamos seguros que la Jornada de este año en Ferrol será un nuevo éxito y seguirá impulsando la formación como eje fundamental del futuro de la Medicina Forense en Galicia.

Seguimos también en la brecha en el Boletín, ...y ya van 19 años editando una sencilla revista de todos y para todos. Quiero agradecer a los autores sus aportaciones y su amabilidad con los rigores de la edición. Se trata de un número diverso con aportaciones tanto desde la clínica como desde la patología. Esperamos sea del agrado de todos.

Fernando Serrulla Rech

PROBLEMÁTICA LEGAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA CON MENORES

LEGAL PROBLEMS WITH UNDERAGE PATIENTS IN CLINICAL PRACTICE

AYALA ESPINOSA G[1]

RESUMEN:
Se presenta un caso de un menor que precisa asistencia médica. Nos referimos a un menor que, según la legislación española, no ha alcanzado la mayoría de edad sanitaria. Se plantea la siguiente pregunta: "¿Los padres o tutores de un menor, de 15 años de edad, que acude solo a su Centro de Salud en la Comunidad Valenciana, deben de ser informados de un posible cuadro clínico de abdomen agudo?. Se trata de describir el régimen jurídico aplicable a los menores de edad en el ámbito de la salud. Si estos menores reúnen condiciones de madurez suficiente y su capacidad de juicio y entendimiento les permita conocer el alcance del acto médico, deberán ser ellos quienes otorguen el consentimiento, es lo que se denomina menor maduro, su problemática surge a la hora de determinar su madurez y capacidad.

PALABRAS CLAVE: Legislación Española. Menor. Madurez moral. Autonomía. Competencia. Consentimiento.

ABSTRACT:
We report the case of a legally underage patient who required medical attention. The patient had not yet attained the age of consent in Spanish law. The question was whether the parents or legal guardians of an underage patient, fifteen years old, who had come unaccompanied to a Valencia Community Health Centre, should be informed of a possible acute abdominal condition. It was necessary to describe the law applying to underage persons with regard to health care. If these underage persons are sufficiently mature and able to understand the implications of medical treatment, they should be able to give their legal consent as mature underage persons. However, the problem is to determine their maturity and mental capacity.

KEY WORDS: Medical legislation. Health care. Minors, Personal autonomy. Mental competency, Informed consent.

CONTACTO: Gabriel Ayala Espinosa. Centro de Salud San Vicente-II. c/ Alicante, 78. 03690. San Vicente del Raspeig (Alicante). ayala_gab@gva.es.

1.INTRODUCCIÓN

Como veremos a continuación la mayoría de edad sanitaria [1] se sitúa a los 16 años cumplidos. La edad del menor del caso que nos ocupa es de 15 años.

En la asistencia sanitaria tenemos que tener en cuenta unos principios y valores implicados. El médico y el profesional sanitario tienen deberes para con sus pacientes atendiendo a los principios [2,3] de beneficencia (obligación de buscar el bien del paciente), no maleficencia (evitar los daños), respeto a su autonomía (obligación de obtener permiso para actuar sobre el otro), justicia (exige tratar a todos con la misma consideración y respeto y obliga a distribuir equitativamente los recursos disponibles) y, en diferentes compromisos, como el de confidencialidad.

Un conflicto ético y legal surge cuando el profesional se niega a actuar atendiendo a la edad del paciente. Y ello, en primer lugar, porque supone una vulneración del principio de autonomía del paciente, manifiestamente claro según la legislación; en segundo lugar, porque puede suponer, además, un perjuicio para su salud (principio de beneficencia y de no maleficencia) y, por último, porque la discriminación de trato por edad atenta contra los principios de justicia e igualdad.

El médico tiene que valorar el desarrollo cognitivo y emocional del menor de edad, que le haga competente para participar en un proceso

1 Centro de Salud San Vicente-II (Alicante). Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magister Universitario Superior en Criminología. Colaborador Honorífico Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

de toma de decisiones referentes a su persona y de manera especial en el ámbito de la salud. Los términos capacidad y competencia y su equivalente en inglés puede originar una incorrecta aplicación.

Por capacidad se entiende el reconocimiento de la plena madurez legal de la persona para obrar de forma vinculante en derecho, contraer obligaciones. En inglés equivale al término *competency*, y según la legislación española, se adquiere a los 18 años, salvo excepciones legales. La capacidad es un término legal. Sí que podemos hacer referencia a personas incapacitadas legalmente por sentencia judicial y sometidos a un régimen de tutela, y hablar siempre de paciente competente o no.

Competencia se define como la aptitud de una persona para comprender la situación a la que se enfrenta y las alternativa posibles de actuación, con las consecuencias previsibles de cada una. Término que hace referencia a la persona que tiene la suficiente madurez psicológica y cognitiva para apreciar una situación sanitaria. Criterios de madurez: comprender la información relevante acerca de su elección o decisión que debe tomarse, da motivos razonables que fundamentan su decisión, valora y pondera los riesgos y beneficios de las diversas opciones y comunicar su elección. Evaluación de la madurez: debe hacerse siempre en relación con una situación concreta, debe ser un proceso continuo, pues hay fluctuaciones en el tiempo y tiene Influencia de los estados afectivos. El elemento fundamental es la repercusión de la decisión en la salud o la vida del paciente. Competencia equivale al término *capacity* en inglés.

En menores de 16 años, se les califica de maduro cuando tiene un cierto desarrollo cognitivo y emocional que le hace competente para participar en un proceso de toma de decisiones. La legislación actual sobre derechos de los pacientes reconoce al menor maduro legitimidad para participar en su proceso de salud y su protagonismo en el ámbito clínico.

2. RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE A LOS MENORES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

Aun cuando el art. 12 de la Constitución Española [4] proclame la mayoría de edad a los 18 años, en el ámbito sanitario ésta se sitúa en los 16 años cumplidos, tal y como se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica, Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica [1] (en adelante Ley 41/2002).

Se llama básica, porque las disposiciones autonómicas que previamente se habían promulgado quedan sin efecto desde la entrada en vigor de la Ley estatal el 16 de mayo del 2003.

Esta Ley surge como respuesta a la importancia creciente que los derechos de los pacientes tienen en nuestra sociedad. El anteproyecto del marco jurídico del menor aparece en la Ley General de Sanidad de 1986 [5], en la Ley 1/1996 Orgánica de Protección Jurídica del Menor [6] (art. 2: "la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos"), y en el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina de 1977 [7] ("la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su *grado de madurez*", Código de Ética y Deontología Médica [8] (art. 10.10, "aspecto de las relaciones del médico con sus pacientes").

La normativa relativa a los datos sanitarios y el acceso a los mismos se encuentra recogida en la Ley 41/2002 y en el Código de Ética y Deontología Médica (art.10.10). Ambas deben ser interpretadas dentro del marco general que establece la Ley Orgánica 1/1996 de 15 enero de Protección Jurídica del Menor [6], de modificación parcial del Código Civil [9] y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en relación con el principio de "primar el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo".

Las tres normas obligan a ser restrictivos respecto del acceso a los datos contenidos en la historia clínica al tratarse de un derecho de

exclusivo acceso para el menor. Se reconoce el nivel máximo de protección y se proclama el derecho del menor a la intimidad de sus datos sanitarios.

Contra este principio de reserva del secreto está el interés legítimo de los padres de ejercer la patria potestad y, por ende, de tener la debida información sobre la salud de sus hijos.

La Ley de Autonomía les concede el derecho de acceso a los datos contenidos en la historia clínica "por representación" del hijo menor de edad. No se entregará en determinados supuestos como la retirada de la patria potestad, si se cree que los datos van a ir en perjuicio del menor, uso prohibido de los mismos, o si el menor alcanza cierta edad. La Agencia de Protección de Datos (informe 409/2004) [10] señala que "si el padre o madre de un *mayor de 14 años* acude a centro sanitario y solicita cualquier dato incorporado a la historia clínica, sin constar autorización de su hijo, no sería aplicable lo establecido en el art.18.2 de la Ley 41/2002, por lo que no debería procederse a la entrega".

El médico debe buscar el beneficio o el mínimo perjuicio para el menor, de ahí que siempre deba primar el interés del menor. La posibilidad de evitar un daño grave a terceras personas o al propio paciente justificaría la excepción al deber de secreto, sería un estado de necesidad, eximente de responsabilidad penal. En este sentido, la Ley 1/1996 proclama que "la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos".

El art.4 de la Ley 41/2002 regula el *derecho de información,* derecho de los pacientes a ser informados sobre cualquier actuación sanitaria que se les vaya a aplicar. Será verbal, dejando constancia escrita en la historia clínica, sobre la naturaleza de la intervención y los riesgos, y será escrita, cuando la complejidad de la actividad así lo aconseje o las instrucciones que se den al paciente lo precise.

La Ley 41/2002 dedica una atención pormenorizada al *consentimiento informado* en el menor de edad así como a su historia clínica (art. 5.2: "el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal")

El art.8 de la Ley 41/2002 regula el derecho a la autonomía del paciente, el consentimiento informado en los siguientes términos:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, información sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento o exploración y riesgos que comporta dicha actividad.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente...". Este derecho tiene las excepciones siguientes: a) cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, de acuerdo con la ley Orgánica 3/86 de 14 de abril de salud pública (tratamientos forzosos). b) cuando la urgencia del caso, no es posible conseguir la autorización del paciente o de sus familiares (urgencia vital).

El consentimiento debe otorgarlo el propio paciente y solamente será por representación en caso de *menores* y los declarados incapaces.

El art. 9 afirma que el *consentimiento informado* por representación sólo cabe en las siguientes situaciones: 1) Paciente incapaz para tomar decisiones según aprecie el facultativo. 2) Paciente incapaz en virtud de declaración judicial. 3) Paciente menor de edad sin capacidad de comprender la intervención según apreciación del facultativo (el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no

incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación, sin embargo en caso de actuación de grave riesgo, según facultativo, los padres serán informados, y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión). 4) La interrupción voluntaria del embarazo (modificado recientemente en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [20] en su art. 13.4: "en el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad". "Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer". "Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo"), la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad, 18 años.

La Ley 1/2003, de 28 de enero, de Derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana [11] establece en su art.7.3, relativo al titular del derecho a la información, que "en el caso de menores, se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de 12 años. También deberá informarse plenamente a los padres o tutores que podrán estar presentes durante el acto informativo a los menores", y que "los menores emancipados y los mayores de 16 años son los titulares del derecho a la información". El art.17 confiere a los menores de 16 años de edad y a los emancipados capacidad para otorgar documento de instrucciones previas.

El art.162 del Código Civil hace alusión al menor maduro, que de acuerdo con sus condiciones de madurez, podrá decidir sobre aspectos de su persona. "los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo, así como aquellos en los que exista conflicto de intereses entre los padres y los hijos...".

3. DOCTRINA DEL MENOR MADURO.

El Régimen Jurídico aplicable a los menores de edad en el ámbito de la salud, alude al término "menor maduro" [1,12] para designar a los adolescentes menores de edad desde el punto de vista legal, pero con *capacidad suficiente para involucrarse en la toma de decisiones que afecten a su persona*. En los menores debe demostrarse su capacidad y madurez moral, verificación que compete al médico. En efecto, el médico responsable del menor será quien determine su madurez y capacidad de manera que, entre los 12 y 16 años pueden decidir por si mismos si son considerados maduros y capaces [11].

Durante la época comprendida entre los 12 y 16 años, el menor será oído, pero decidirá su representante. En el caso de menores, si éstos no se encuentran preparados, ni intelectual ni emocionalmente para poder comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor, después de haber escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de 12 años.

En el caso de menores emancipados y adolescentes mayores de 16 años, el menor dará personalmente su consentimiento.

De 14 a 16 años se aplica la doctrina del menor maduro que les reconoce autonomía para actuar al margen de la patria potestad de sus padres.

La base teórica se halla en el principio de que los *derechos de personalidad* (Código Civil, art.162.1) (básicos inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo, es sujeto de estos derechos desde el mismo momento en

que es capaz de disfrutarlos, son el derecho a la vida, integridad física y a la salud, y a la libertad) pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que este es capaz de disfrutarlo, lo que puede suceder y seguramente sucede bastante antes de los 18 años. Dentro de los derechos de la personalidad también están el derecho a la autodeterminación (a que nadie atente violentamente contra la vida o salud del otro o a determinar lo que cada uno desea hacer con su propia vida), otros como el honor, la intimidad...

Esta doctrina va adquiriendo más importancia debido a la participación activa de los adolescentes en nuestra sociedad y al derecho a la información sanitaria que el paciente tiene. Pero mientras la capacidad de autonomía en el adulto se le presume, salvo que se demuestre lo contrario, en los menores se tiene que demostrar su capacidad [13] y madurez moral, y los legisladores han dejado en manos del médico responsable del menor, la delicada y difícil tarea de hacer esta verificación, asumiendo todos los riesgos que conlleva una determinación de este tipo.

El desarrollo moral es un proceso que tiene interés tanto para la psicología, la ética, la medicina y la educación. Establecer cuando una persona es moralmente madura no es nada fácil y tiene una gran complejidad [14].

La competencia del paciente para la toma de decisiones sanitarias es la capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Valorar la competencia es básico para posteriormente comprobar si el paciente está capacitado para expresar un consentimiento sanitario.

La Ley 41/2002 atribuye al médico la competencia para determinar la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones en el ámbito sanitario, y la posibilidad de prestar o no consentimiento válido. Se trata de una grave responsabilidad que recae sobre el médico, que puede atribuir o no capacidad de decisión autónoma a un menor maduro, sin informar a los padres o tutores legales.

La consideración de *"menor maduro"* es un reconocimiento que otorga el médico al paciente entre 14 y 16 años dándole mayor autonomía en las decisiones sobre su salud, de modo que puede actuar contra la decisión de sus padres e incluso ocultarles la información.

Este concepto nace en los años 70 en EEUU, y constituido de forma progresiva desde el punto de vista jurídico como *"doctrina del menor maduro"*, como respuesta a la demanda social que se había generado a partir de decisiones y conflictos judiciales entre padres, hijos, y profesionales en el ámbito de la asistencia sanitaria. Los padres de los adolescentes realizaban demandas cada vez más frecuentes contra los médicos por asistir a sus hijos sin su consentimiento. Se manifiesta en esta década como respuesta a los cambios que se producen en las relaciones entre los padres y los hijos adolescentes, por un lado y, por otro, a la toma de conciencia por parte de los adolescentes de su propia individualidad.

En 1973, la *American Academy of Pediatric* [15] afirmaba que "un menor puede dar su consentimiento para recibir asistencia médica cuando es capaz de tomar decisiones racionales y dicha asistencia puede verse comprometida por el hecho de informar a sus padres, siempre y cuando las decisiones sean de bajo riesgo y gran beneficio".

"La autonomía de la voluntad del menor maduro entra en conflicto con la patria potestad".-

Los valores en conflicto son, por una parte, el *derecho a la intimidad y la autonomía de los menores* respecto de aquello que afecte a su salud y a su integridad física, incluyendo su libertad de conciencia y, por otra, el *derecho y el deber de los padres o tutores de proteger a los menores a su cargo y de velar por su desarrollo, la integridad de la patria potestad*.

Un juicio de madurez emitido por un médico con la información que buenamente pueda disponer puede situar a los padres en la plena ignorancia de una situación que al mismo tiempo puede afectar profundamente a sus responsabilidades (son habituales en los Centros de Salud y *nos obligan a tener una mínima noción de las leyes vigentes*). No podemos olvidar que el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento (art. 6.1 del Código Civil).

Por ejemplo menores en diferentes situaciones, como los que consumen drogas, en tratamiento psiquiátrico, en riesgo de suicidio, que contraen enfermedades graves, con embarazos no deseados, maltrato, desamparo, diferencias de criterio entre padres separados en cuanto a la atención sanitaria, pruebas diagnósticas o tratamiento de sus hijos, consultas de adolescentes que solicitan que se respete su derecho a la intimidad y a la confidencialidad y que no se informe a sus padres.

La pregunta es si esta información puede ser negada a los padres o a los tutores. Si los padres no conocen la información, no pueden velar para que la información que reciben los menores sea veraz, ni pueden pedir una segunda opinión médica, ni pueden en general velar por sus hijos.

El concepto de menor maduro no implica la total eliminación de la intervención de los padres como garantes de la salud de sus hijos menores. Se ponen en conflicto dos bienes jurídicos protegidos: la patria potestad de los padres del menor y la autonomía de la voluntad del menor maduro. La ley parece clara, pero no su interpretación.

Según una encuesta [16] realizada inicialmente a 385 Médicos de Atención Primaria en 72 Centros de Salud de la región de Murcia (contestada por 227 de ellos), un 38.8% informaba a los padres de los menores de 16 años, sobre todo en relación al consumo de sustancias (tabaco, alcohol, marihuana, heroína, cocaína), prescripción de psicotropos y en temas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Los médicos más jóvenes tienden más a respetar la confidencialidad, mientras que los casados y con hijos informaban a sus padres, quizá porque en similares situaciones le gustaría ser informados de ello.

Conforme a determinados pronunciamientos jurisprudenciales (así, en la Jurisdicción Contencioso-Administrativa 12 de Barcelona, sentencia 251/2007), se reconoce la capacidad jurídica del menor y su graduación en función del desarrollo del paciente, si bien se cuestiona la conveniencia de que la decisión sobre la madurez del menor quede en manos del médico, sin garantía de que la decisión es tomada con la información suficiente. Establece el juez que *"un juicio de madurez emitido por un médico con la información que buenamente puede disponer puede situar a los padres en la plena ignorancia de una situación que al mismo tiempo puede afectar profundamente a sus responsabilidades"*. Sería por ejemplo en caso de consumo de drogas, contraen enfermedades graves o quedan embarazadas. "no hay duda de que el menor tiene pleno derecho a recibir la información que le afecta, la cuestión es si esta información se puede negar a los padres (…). Está claro que si los padres no conocen la información, no pueden velar para que la información que reciben los menores sea veraz, ni pueden pedir una segunda opinión médica, ni en general pueden velar por sus hijos (…).

Los médicos han de cumplir con la obligación de información y obtención de consentimiento previo, y si no lo hacen podrían incurrir en una responsabilidad civil o penal. El médico que atribuya al menor la capacidad que por Ley no tiene, según la doctrina del menor maduro, lo deberá justificar debidamente en la historia clínica. El consentimiento prestado automáticamente por estos menores conlleva la obligación de que en caso de grave riesgo y según el médico, los padres serán informados, y será tenida en cuenta su opinión en la toma de decisión (art. 314. Código Civil).

En la relación clínica con el menor están implicados los derechos del menor, de los padres o tutores y del personal sanitario, e intentar no vulnerar a alguno de ellos exige mucha reflexión. Por otra parte, es difícil evaluar

la madurez del menor. No se debe confundir la madurez moral en el menor de edad con la capacidad moral y jurídica. La madurez moral de una persona debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y de valorar situaciones.

En la valoración de la competencia del menor influyen muchos factores, siendo el desarrollo del juicio moral y ético uno de los que más influencia tiene en la madurez [17]. Autores en psicología evolutiva, como Piaget, Kohlberg, efectuaron estudios sobre el desarrollo de la autonomía y evolución ética y moral, que han sido decisivos para el establecimiento del fundamento y desarrollo de la teoría del menor maduro, influyendo posteriormente en el desarrollo legislativo. Según el paradigma de Kohlberg se diseñó y evaluó una escala de medida de la madurez, que pueda aplicarse para tomar decisiones sanitarias en menores de edad. Su objetivo era medir la madurez del menor y distinguir entre nivel preconvencional (propio de la infancia, en que las normas se viven como impuestas desde el exterior) y convencionalidad (las normas se identifican con el grupo o el sistema social y es el nivel propio del adolescente maduro o el adulto. Entre los 10 y los 12 años se produce el paso de pre a convencionalidad y la estabilidad se alcanza más tardíamente), mediante un instrumento de fácil administración y corrección en la práctica clínica, que discrimine el grado de madurez del menor y facilite la valoración de la competencia. Se diseñó la Escala de Valoración de la Competencia (EVC) [17] concluyendo sus autores en que puede ser una buena aproximación para la valoración de la competencia moral en los alumnos de 14 y 15 años, y que podría ser un buen instrumento para utilizar en algunas situaciones clínicas. Se trata de un primer trabajo que abre una línea de investigación sobre la posibilidad de valoración de la competencia moral en menores de edad.

Teniendo en cuenta que para valorar la madurez del menor, la competencia a fin de tomar una decisión sanitaria deben ponderarse muchos factores de influencia como el riesgo o gravedad de la decisión o la influencia de factores contextuales.

Con frecuencia los profesionales sanitarios nos enfrentamos a la atención médica de menores de edad en casos en los que existe un conflicto entre los intereses del menor, los de los padres o los de ambos frente a la opinión del médico. Distintos valores jurídicos, todos dignos de protección, encontrándose el médico ante un dilema tanto de índole ético como legal [18,19]. Entre el derecho a la intimidad del menor y el derecho a ejercer la patria potestad de los padres, el derecho al consentimiento voluntario del menor cuando existen discrepancias, el que las decisiones de los padres puedan ir contra los intereses del menor según el médico, la discrepancia de criterio entre padres separados.

Muchos de estos conflictos se resuelven sin dificultades recurriendo a los *conocimientos y habilidades de comunicación*, pero no se pueden dejar al azar, hay que *conocer el marco legal*. Nuestra práctica habitual se ajusta en general a la legalidad vigente, aún sin conocerla. Somos conscientes de su existencia y de la necesidad de respetarla. Las normas de la correcta práctica médica respetan los principios deontológicos y los derechos fundamentales de las personas.

Nos interesa conocer el menor de edad como sujeto capaz y autónomo según el ordenamiento civil, y revisar la legislación de la mayoría de edad sanitaria, tanto de ámbito estatal como autonómica, el derecho del menor a recibir información sanitaria, el derecho del menor maduro a la autodeterminación decisoria sobre su salud, la restricción del derecho del menor maduro a formular instrucciones previas y sus excepciones en la legislación autonómica, el derecho del menor maduro a la confidencialidad de sus datos clínicos, la pretendida colisión con el derecho de los padres o tutores a la información sobre esos datos, el derecho a recibir información y educación para la salud sexual y la inexistente colisión con los derechos a la libertad ideológica y religiosa de sus padres.

Las preguntas más frecuentes que podemos plantearnos pueden ser: ¿son los padres o tutores los titulares de los derechos de los niños hasta la mayoría de edad? ¿Cuáles son los derechos de los menores en el ámbito de la

asistencia sanitaria? ¿Cuándo hay que tener en cuenta la opinión del menor? ¿Es legítimo instaurar o retirar un tratamiento ante la negativa de los padres? ¿Cuál es la función del juez? ¿Qué relación tiene la edad con el tipo de decisión? ¿Cómo se determina el grado de madurez del menor? ¿Nos implicamos los médicos suficientemente en las decisiones médicas que afectan a los menores? ¿Se debe atender a los pacientes adolescentes que acuden solos a la consulta o deben ir siempre acompañados de los padres? ¿Hay situaciones en las que puede y debe atendérseles, aunque los padres no tengan conocimiento de ello?. Podemos encontrarnos con supuestos especiales como la interrupción voluntaria del embarazo, el derecho fundamental del menor de edad a la libertad religiosa y a la integridad física, su relevancia a efectos de su oposición a un tratamiento médico.

La Ley 41/2002 viene a decir: que hasta los 12 años los padres o tutores deciden por representación del hijo, aunque el menor será oído en la toma de decisiones. No se les reconoce que posean un sistema de valores propio. No son capaces de valorar lo que consideran bueno para ellos; a partir de los 12 años de edad, debe recabarse la opinión del menor, pero decidirán los padres teniendo en cuenta dicha opinión, que puede ser revisada judicialmente; entre 12 y 16 años "menor maduro"; y a partir de los 16 años el menor no precisará dar el consentimiento por representación. El art.9 de la Ley 41/2002 proclama que, a partir de los 16 años, será el paciente -que no sus padres- quien puede ejercer sus derechos sanitarios y tomar decisiones de forma autónoma, y no cabe el consentimiento por representación. Excepto en los casos que la ley señala la mayoría de edad para decidir de forma autónoma, por ejemplo: tenemos el caso especial de la interrupción voluntaria del embarazo, situación que debe comunicarse a los padres excepto que la comunicación a los mismos pueda provocar graves conflictos de convivencia.

También se exige la mayoría de edad en ensayos clínicos, en casos de reproducción asistida, en esterilización voluntaria, el poder suscribir el documento de instrucciones previas en determinadas CC.AA., etc.

El consentimiento se realizará por escrito (Documento de Consentimiento Informado), cuando los riesgos de la intervención sanitaria sean importantes, entendiendo como importantes, por ejemplo, aquellos riesgos que pueden provocar una invalidez, una minusvalía, mayor número de días de hospitalización o el fallecimiento.

Es importante una deliberación basada en aspectos éticos y jurídicos así como es necesario definir los derechos y deberes de los menores y de sus padres o tutores. Nos encontramos el caso de acceso a los datos de la historia clínica de un menor, existiría choque entre el derecho a la intimidad y el de ejercer la patria potestad de los padres; la toma de decisiones en relación a la anticoncepción postcoital, donde la píldora postcoital se puede adquirir en la farmacia sin receta ni limite de edad desde el 2009; respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, la Ley Orgánica 2/2010 (art.13) establece que "en el caso de mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para las interrupciones voluntarias del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad".

Se describen a continuación, dada la trascendencia mediática que tuvo en su día, los dos casos, extremos, de menores que judicialmente se consideraron maduros para poder rechazar el tratamiento "beneficioso" que les correspondía.

El caso de Hannach, enferma de 13 años, afecta de un tipo de leucemia muy agresiva, manifestó que deseaba morir en su casa y rodeada de los suyos y, ante la oferta de un trasplante de corazón dijo ante las cámaras de televisión que "hay demasiados riesgos, podría no salir bien y quedarme peor de lo que estoy ahora, además los médicos no pueden asegurar de forma científica que si acepto el trasplante me curaré". Posteriormente aceptó el trasplante.

Y el de Marcos Alegre, de 13 años, también enfermo de leucemia, testigo de Jehová, y los médicos del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida pidieron amparo judicial para realizar una transfusión sanguínea a la cual se negaba el enfermo. Los médicos que le atendieron explicaron que el muchacho estaba "con auténtico terror, reaccionando agitado y violentamente en estado de gran agitación". Después de una largo recorrido por los tribunales, el Constitucional en el 2002 reconoció su derecho a rechazar la transfusión.

En estas situaciones, y según el criterio del médico, existe la excepción de estar ante un "grave riesgo", en los que los padres pueden ser informados y su opinión sería tenida en cuenta para la toma de decisión. Si el menor maduro no lo aceptara, se debería respetar la decisión del menor, siempre que no comporte su objeción de conciencia.

4.DISCUSIÓN.

El concepto menor maduro se utiliza para identificar a las personas legalmente menores de edad con un cierto desarrollo cognitivo y emocional, pero con capacidad suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona y de manera especial en el ámbito de la salud.

Nuestras leyes, tanto las civiles y penales, así como la específica reguladora de la protección de menores y, desde luego, la sanitaria, han avanzado bastante desde los años ochenta, reconocen la capacidad de autodeterminación al menor de edad con madurez suficiente en el ámbito de los derechos de la personalidad, sobre su salud en general, así como sobre su salud sexual y reproductiva.

Pero el conjunto normativo está disperso en distintas leyes que han regulado el tema parcialmente y con cierta desconexión entre sí, lo que genera dudas interpretativas, y con interpretaciones aparentemente contrarias a los preceptos legales. Su aplicación en el ámbito médico-clínico plantea actualmente innumerables preguntas y problemas prácticos de aplicación.

Es importante conocer lo que significa la mayoría de edad sanitaria, el derecho a la información sanitaria, el respeto a la autonomía del paciente, conocer los derechos del menor, el derecho a la confidencialidad de la historia clínica y a la historia social, el derecho a la intimidad, el secreto profesional, y la situaciones conflictivas que pueden afectar a los menores

El legislador español utiliza indistintamente los conceptos de capacidad y competencia, sin una correcta distinción entre uno y otro caso, equiparándose en este sentido al lenguaje más común, que confunde ambos términos. En general el criterio es que a mayor riesgo y menor beneficio respecto a la posible decisión, mayor exigencia de competencia en el paciente y viceversa. Hay un gran número de decisiones en el ámbito sanitario para las que un menor puede considerarse suficientemente competente.

El ejercicio de la patria potestad por parte de los padres o tutores no alcanza los derechos del menor, quien los podrá ejercer si tiene madurez suficiente. La valoración de su madurez es responsabilidad del profesional sanitario ante cada caso concreto, ponderando adecuadamente los riesgos y beneficios. Entre los 12 y 16 años es importante valorar la competencia y el grado de madurez del menor a fin de definir su grado de implicación en la toma de decisiones. Al menor maduro se le reconoce el derecho a la intimidad, lo que implica la confidencialidad de sus datos clínicos, siempre valorando los riesgos y beneficios y salvo grave riesgo para él.

El vulnerar la confidencialidad del menor maduro por parte del médico debe justificarse ética y legalmente, y por escrito en su historial clínico, no es válido aplicar un criterio meramente paternalista.

En el ámbito judicial, la cuestión es casi más peliaguda que en el sanitario, y también corresponde al médico determinar la madurez del menor. La fiscalía valora como pruebas básicas los informes médicos. Se insiste en la importancia de que el médico que atribuya al menor la consideración de menor maduro deberá justificarlo en la historia clínica.

El clásico modelo paternalista del ejercicio de la medicina ha dado paso al nuevo modelo autonomista, en donde el paciente es considerado como una persona capaz de decidir y responsabilizarse de su propia salud. Las leyes en relación con la infancia mantienen el principio de que la "mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos".

La Ley 45/2002 establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años, excepto en situaciones de gravedad, quedando a criterio del facultativo establecer dicha gravedad, también tiene que valorar la competencia del menor de 16 años, entre 12 y 16 años, para tomar decisiones referentes a su propia salud. Tiene que apreciar la capacidad intelectual y emocional del menor, determinar la capacidad del menor de forma objetiva y dejar constancia escrita en su historia clínica.

La competencia es un proceso gradual que abarca el desarrollo psicológico y cognitivo de la persona, y debe valorarse en función de la trascendencia de la decisión que se va a tomar y del alcance y magnitud de sus posibles consecuencias.

La evaluación de su competencia se basa en la aptitud para comprender la situación y las posibles alternativas posibles de actuación, así como las consecuencias previsibles de cada una. La consideración del menor como autónomo lleva implícito el desarrollo de la habilidad [17, 21] del profesional sanitario en la valoración de la competencia, es muy compleja, ya que el desarrollo de su madurez es un proceso progresivo, interviniendo muchos factores, como son la maduración del juicio moral y ético, el desarrollo cognitivo, la afectividad, la motivación, la situación en que se toma la decisión. Suele basarse en la experiencia clínica, la prudencia y el sentido común del médico.

5.CONCLUSIONES

Se trata de una adolescente sin mayoría de edad sanitaria ni autónoma para tomar sus propias decisiones en materia de salud, sin representación, siempre y cuando no se encuentre incapacitada por otras causas.

En la historia clínica no se hace referencia a que la paciente sea considerada incompetente o incapaz, en cuyo caso si que correspondería el consentimiento por representación. El médico responsable del menor será quién determine su madurez y capacidad, y lo debe justificar en la historia clínica.

La menor debe ser informada de su proceso clínico en función de su grado de madurez, y escuchada su opinión frente a la decisión que se vaya a tomar, prevaleciendo su opción personal si se considera que tiene competencia suficiente para comprender intelectual y emocionalmente el alcance de su decisión. Se debe respetar la confidencialidad de la información y los datos sanitarios del menor maduro y con juicio suficiente, especialmente ante la demanda explícita por su parte. El médico tiene la difícil responsabilidad de valorar la competencia, su madurez y sus aptitudes para decidir por sí sola o informar y/o derivar la decisión a los padres o tutores. Se aconseja al menor la conveniencia del diálogo y la comunicación con sus padres sobre su salud, evitando entregar la documentación clínica a terceros sin su consentimiento, excepto en situación de grave riesgo.

Si el procedimiento al que se pueda someter a la adolescente, fuera intervención quirúrgica ante posible abdomen agudo, estaría considerada "actuación de grave riesgo", en la que procede el consentimiento informado por escrito, dicho documento puede ser firmado por la adolescente de 15 años, salvo que ella voluntariamente delegue dicha responsabilidad en sus padres o representantes legales, y se trataría de circunstancia en la que el facultativo si estaría obligado a informar a sus padres o tutores.

En caso de conflicto de intereses entre los padres y/o representantes legales del menor prevalecerá siempre el interés de éste por encima de cualquier otro interés. El menor tiene derecho a la información, a la confidencialidad y

a la propiedad de los datos que se encuentren en su historia clínica y a determinar quien pueda tener acceso a ellos.

Si tuviera 16 años, mayoría de edad sanitaria, según el criterio del médico, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

La definición de "grave riesgo" la ley no lo determina y lo deja al criterio interpretativo del médico, con el inconveniente de su subjetividad y discrecionalidad.

La tendencia de la legislación actual es favorecer la doctrina del "menor maduro".

La consideración del paciente como persona autónoma lleva implícitamente el desarrollo de la habilidad del médico en la valoración de la competencia. Los menores de edad constituyen uno de los grupos que más dificultades presentan. La valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias es compleja, ya que el desarrollo de la madurez del menor es un proceso progresivo en el que intervienen diversos factores, maduración del juicio moral, desarrollo cognitivo, afectividad, motivación o la situación en la que se toma la decisión. La evaluación de la capacidad es uno de los principales retos de la bioética actual, todos los miembros del equipo que atiende al menor deben implicarse, aunque el pediatra o medico de familia sea el responsable de establecer su competencia (contexto clínico) o capacidad/incapacidad (término legal).

AGRADECIMIENTO: al DR. FELIPE RENART GARCÍA, Doctor en Derecho Penal. Profesor de Derecho Penal. Universidad Alicante, por su ayuda y revisión de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica, Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
2. Principios de ética biomédica. Tom L.Beauchamp, James F. Feit.
3. Arcus K.D, Kessel A.S. are ethical principles relative to time and place? A Star Wars perspectiva on the Alder Hey affair. BMJ. Vol 325, 21-28, december 2002. Bmj.com.
4. Constitución Española 1978. Art 12.
5. Ley General de Sanidad de 1986
6. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (art.2).Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/177pdfs/AO1225-01238.pdf)
7. Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina de 1977.
8. Código de Ética y Deontología Médica (art. 10.10)
9. Código Civil Español
10. Agencia Española de Protección de Datos. Informe 409/2004 sobre el acceso por el titular de la patria potestad a las historias clínicas de los menores. Disponible en: https://www.agpd.es/
11. Ley 1/2003, de 28 de enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
12. Sánchez Jacob, M. El menor maduro. Bol. Pediatr. 2005; 45:156-160.
13. Beltrán Aguirre, JL, Bioética y Legislación. La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica. Rev. Derecho y Salud. 2007.
14. Ogando Díaz B et al. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. Pediatr integral 2007; XI(10):877-883.
15. American Academy of pediatrics. Model act providing for consentí of minors for health services. Pediatrics 1973; 51:293
16. Pérez-Cárceles MD et al. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or ficción. J.Med-Ethics 2006,32:329-334
17. Espejo M y cols. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida, Med Clin (Barc). 2011; 136(1):26-30.
18. Carrasco Sanz A. Aspectos legales de la Atención al menor. En: AEPap ed Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid. Exlibris Ediciones 2010, p-293-4.
19. Ley 12/2008, de 3 julio, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad Valenciana (2008/8605).
20. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
21. Orgando Díaz B, García Pérez C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. Pediatr. Integral 2007;XI(10):877-883.

VALORACIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO POR CICATRICES POR MÉDICOS FORENSES DE DIFERENTES INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL

THE ASSESSMENT OF THE AESTHETIC DAMAGE OF SCARS BY VARIOUS CORONERS FROM DIFFERENT INSTITUTES OF LEGAL MEDICINE

RODES LLORET F1, SÁNCHEZ NAVAS LD2, PASTOR BRAVO M3, CAÑETE DE SILVA Z4, BORRÁS ROCHER F5, DORADO FERNÁNDEZ E6.

RESUMEN
Una de las actividades de mayor importancia en la medicina forense práctica es la valoración del daño corporal. Dentro de la misma, en ocasiones, el médico forense se enfrenta a la difícil tarea de tener que valorar el daño o perjuicio estético que ocasionan cicatrices resultantes de agentes externos, valoración no exenta de un gran componente de subjetividad. Presentamos un estudio de la valoración que de cuatro cicatrices, resultantes de sendos accidentes de tráfico, han efectuado médicos forenses de los Institutos de Medicina Legal de Cataluña, Alicante y Galicia siguiendo las reglas de utilización de la tabla VI del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (RD Legislativo 8/2004).Se ha utilizado una metodología descriptiva (medidas de tendencia central, de dispersión y de forma) y un análisis estadístico con pruebas no paramétricas. Se han obtenido puntuaciones medias en el Instituto de Medicina Legal de Cataluña en las cuatro cicatrices sometidas a valoración inferiores a las del Instituto de Medicina Legal de Alicante y del Instituto de Medicina Legal de Galicia. No se han encontrado diferencias entre las medidas de tendencia central en las valoraciones efectuadas por los médicos forenses de los tres Institutos de Medicina Legal al nivel de significación utilizado de = 0.05 para los casos B y C mientras que para los casos A y D se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las valoraciones efectuadas por los médicos forenses de los IML de Cataluña, Alicante y Galicia.

PALABRAS CLAVE: Daño estético, médico forense, valoración del daño corporal

ABSTRACT:
One of the most important activities in forensic practice is the assessment of bodily harm. Within this field, the medical examiner sometimes faces the difficult task of having to assess damage or disfigurement resulting from scars caused by external agents. This assessment is not without a large element of subjectivity. We present a study of the assessment of four scars, from two separate traffic accidents, carried out by coroners from the Institute of Legal Medicine of Catalonia, Alicante and Galicia following the rules of Table VI using the System for assessing the damages caused to people in road accidents (RDL 8/2004). We used a descriptive methodology (measures of central tendency, dispersion and form) and statistical analysis with nonparametric tests. Mean scores were obtained at the Institute of Legal Medicine of Catalonia in the four inferior valuation of scars at the Legal Medicine Institute of Alicante and the Institute of Legal Medicine of Galicia. No differences were found between measures of central tendency of assessments by medical examiners of the three Institutes of Legal Medicine at the significance level of = 0.05 used for cases B and C while for cases A and D statistically significant differences between the medians of the assessments made by the medical examiner of the Institute of Legal Medicine of Catalonia, Alicante and Galicia have been found.

KEY WORDS: Aesthetic damage, coroner, assessment of bodily harm.

1.INTRODUCCIÓN.

1.1.Daño corporal.

Establecer una definición o concepto de daño corporal es ciertamente complicado. El bien dañado, ya sea la vida, la salud o la integridad física y psíquica, es extraordinariamente complejo, siendo muchos los elementos que forman parte del mismo; por ello intentar conceptuar el daño a las personas es un objetivo difícil[1].

La reparación del daño producido será finalmente determinada por el tribunal o el juez competente mediante la aportación de datos objetivos sobre el daño existente facilitados por

1 Médico Forense. Jefe de Servicio de clínica médico forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante.
2 Médico traumatólogo. Hospital Universitario de San Juan de Alicante.
3 Médico forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante. Profesora Asociada de la Universidad de Alicante
4 Abogada.
5 Profesor titular de universidad. Universidad Miguel Hernández de Elche.
6 Médico forense. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

profesionales médicos que actúan como peritos[1].

Rige, en nuestro país, el principio de que la reparación del daño causado a las personas supone el resarcimiento íntegro de todos los daños y perjuicios que la misma sufra[2].

Existe una estrecha relación entre la acción penal y la acción civil[3].

El Código Penal[4] recoge en su artículo 109:

"La ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las Leyes, los daños y perjuicios por él causados".

El Código Civil[5] señala en su artículo 1902:

"El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado".

Como vemos, la existencia de una lesión corporal a consecuencia de un acto doloso o culposo, da origen a la obligación de reparar el daño causado para compensar el perjuicio físico y económico que la lesión haya podido causar en el sujeto. Es decir, además de la sanción penal, el autor del daño debe responder civilmente por el perjuicio ocasionado[3].

1.2.Daño estético.

El concepto de daño estético hace referencia a la pérdida de belleza o de atracción de una persona[6].

Los valores estéticos bello, feo, elegante, hermoso, horrendo, gracioso, guapo, etc., y los juicios de valor correspondientes están en la totalidad de la vida humana, no solo en los momentos en que se afronta la contemplación de una obra de arte, sin ir más lejos en una pequeña parte de la conflictividad cotidiana entre compañías de seguros o ante los tribunales[7].

En este sentido, Dalligand et al[8] afirman que "no debemos perder de vista que el perjuicio estético no es solo la deformidad que afea la fisionomía o el aspecto de la víctima, sino, y de manera primordial, las repercusiones psicológicas que la alteración estética ha producido en el sujeto".

Para Medina[9] el perjuicio estético arguye un quebranto de la propia imagen física. Cuando se debe a la actuación injusta de otro, es el resultado de la violación del derecho que toda persona tiene a su propia imagen fisionómica. Su consistencia radica, no en una belleza tornada en fealdad, sino en una alteración significativa del aspecto que ofrecía el lesionado antes de sufrir el hecho dañoso. Añade este autor que han de tomarse con mucha prevención algunas opiniones en el sentido de que no constituye daño estético cualquier alteración morfológica, "porque una pequeña cicatriz puede hermosear".

Este autor recoge una sentencia de un Juzgado de Primera Instancia que, abordó el resarcimiento por un abultamiento en la parte superior del muslo derecho de una joven. La lesionada reclamó una suma próxima a los cuatro millones de las antiguas pesetas y el juzgador fijó la indemnización en 423.760 con base en el siguiente fundamento:

La cicatriz... es apreciable, pero no en la intensidad y con la importancia que le atribuye la demanda. Es detectable ligeramente en las cuatro fotos..., pero... es preciso un examen detalloso y atento del muslo, circunstancia que no es posible efectuar con cierta asiduidad, dada la zona anatómica que las personas de sexo femenino suelen mantener... resguardada. Únicamente, en caso de encontrarse en traje de baño sería apreciable, siempre que el observador repare en detalles, o cuando mostrase su cuerpo en la intimidad; y, dadas las características de esos momentos, tampoco se suele reparar, excesivamente, en detalles tan minúsculos. Es más, siendo la belleza y el atractivo de la persona cuestión tan subjetiva, la ligera curvatura y redondez que adquiere el muslo derecho en su parte superior pudiera, para algunas personas, llegar a constituir elemento de atracción. Por ello, tampoco cabe una afirmación categórica que lleve a calificarla de malformación, pues también, para

determinados cánones de belleza, la curvatura femenina es elogiosa. Es por ello que el perjuicio estético, aun estimando que puede ser objetivo y que la actora tiene derecho a que su cuerpo se muestre como era antes del evento, debe ser calificado como leve, asignándole 4 puntos, con el factor de corrección del 10%, calculando el punto, según Baremo, en 96.309 ptas.

1.3.El daño estético en la legislación española.

Si analizamos el concepto de daño estético (o de deformidad) en el Derecho, hay que tener presente el ámbito del mismo en el que nos encontramos, ya que la acepción de este término es distinta en el Derecho Penal, Civil, Social, etc.

Como señala Medina[9], el concepto jurídico-penal del perjuicio estético (asociado tradicionalmente al de deformidad) y el concepto jurídico-civil son netamente diferentes, pues, mientras el primero se configura de forma abstracta y objetiva, el segundo se configura, personalizadamente, de forma concreta y subjetiva, atendiendo, entre otros elementos, a la propia vivencia del lesionado.

El concepto jurídico-penal de la deformidad -continua afirmando este autor- al que se reconduce la alteración estética, ha servido, tradicionalmente, sólo para la inserción de las lesiones en el correspondiente tipo penal, mientras que el concepto de perjuicio estético, como concepto civil, sirve para medir sus consecuencias deficitarias y por tanto, para determinar el resarcimiento pertinente.

Criado[6] señala que la deformidad, citada en el Código Penal[4] en los artículos 149 y 150, es el término equivalente al perjuicio estético en Derecho Civil.

Artículo 149. Código Penal.

1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.

2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.

Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

Artículo 150. Código Penal.

El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años.

Gisbert Calabuig[10] opina que fueron razones de política criminal las que dieron lugar a la creación de una pena especial para cierto tipo de delitos (políticos, amorosos) que perseguían, intencionadamente, la finalidad de desfigurar la cara de la víctima. Continúa afirmando este autor que esta característica forma de delincuencia mereció el mayor rigor en su persecución, aunque se exigía que la deformidad recayera sobre la cara en sentido amplio, excluyendo solo a las zonas que quedaran cubiertas por el cabello.

Desaparecida, prácticamente, esta forma especial de delito, se ha mantenido el concepto de deformidad como resultado directamente provocado, es decir, como lesión intencional, aunque el actual contexto penal distingue entre la "grave deformidad" (artículo 149) y la "deformidad" (artículo 150)[11].

Para Castellano[11] se entiende por deformidad: "toda alteración permanente y visible, de cualquier parte del cuerpo". Según esta autora la deformidad lleva implícita la pérdida de la forma normal, de la disposición armónica de las partes del cuerpo y del ritmo por el que se rigen sus movimientos. Por lo tanto continúa afirmando- se originará deformidad allí

donde una alteración rompa la armonía natural anatómica y/o funcional a nivel dinámico.

En el ámbito del Derecho Civil, el daño estético es un perjuicio extrapatrimonial y se podría definir como: "la disminución o pérdida de la atracción o belleza del lesionado debido a las alteraciones anatómicas o funcionales causadas por el hecho lesivo del que hay que responder civilmente"[6].

En el resto de áreas del Derecho no viene reflejado de forma específica el daño estético, y por lo tanto, no se valora la pérdida de belleza como bien de la persona en sentido estricto[6]. Esto no quiere decir que, en ocasiones, no sean objeto de valoración determinadas alteraciones estéticas si afectan a la competencia propia del ámbito de que se trate; por ejemplo, en el Derecho Social, una cicatriz se podrá valorar como una lesión permanente no invalidante en función de su repercusión sobre la capacidad laboral de la persona.

Es muy elevada la actividad pericial que desarrollan los médicos forenses, en su trabajo diario, con lesionados que presentan cicatrices en el proceso final de sus lesiones.

El Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor[12] recoge en su anexo el Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuya tabla VI (clasificación y valoración de secuelas) se desglosa en ocho capítulos, con uno especial para el perjuicio estético, estableciendo también seis grados del mismo.

Según estadísticas del Instituto de Medicina Legal de Alicante (IMLA), en el año 2009, se valoraron en la sede central de Alicante 846 lesionados que presentaron cicatrices a la curación o estabilización de sus lesiones. Esto supone un 5.13% del total de los reconocimientos.

En 2008, fueron 704 los lesionados valorados, entre otras cosas por el perjuicio estético que ocasionaban sus cicatrices (un 7.85% del total de reconocimientos).

La valoración de este tipo de perjuicio estético (al igual que el resto) presenta un gran componente subjetivo, de forma que si esta tarea fuera realizada siempre por el mismo médico forense, habría, por lo menos, una unidad de criterio en la apreciación de la "fealdad" o "pérdida de atracción" que ocasiona una cicatriz. Pero esto, habitualmente no es así.

Presentamos un estudio de la valoración del perjuicio estético por cicatrices que han efectuado médicos forenses de diferentes Institutos de Medicina Legal de España.

2.OBJETIVOS.

Se plantea como objetivo del presente trabajo de investigación el comprobar si la valoración que del perjuicio estético por cicatrices (siguiendo el RD Legislativo 8/2004) realizan los médicos forenses encuestados del Instituto de Medicina Legal de Alicante (IMLA), Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC) e Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA) es similar o existen diferencias estadísticamente significativas.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

El material utilizado ha consistido en cuatro imágenes de lesionados/as que han sufrido un accidente de tráfico, y a quienes tras la curación/estabilización de sus lesiones les han quedado cicatrices en diferentes localizaciones corporales.

Se ha elaborado una encuesta que recogía, por una parte las cuatro fotografías objeto de valoración, denominadas caso A, caso B, caso C y caso D, con una breve descripción del lesionado/a y de las circunstancias del accidente sufrido, así como las características de la cicatriz y por otra, unas normas básicas para la cumplimentación totalmente anónima de la encuesta.

3.1Descripción de los casos sometidos a estudio

3.1.1.CASO A

Se trata de una mujer, de 25 años, dependienta de una tienda de electrodomésticos, que sufre un accidente de tráfico por colisión frontal con otro turismo. El cinturón de seguridad, en contacto directo con la piel, le ocasiona una importante abrasión longitudinal en el tórax.

Es atendida en un servicio de urgencias hospitalario, donde se le diagnostica una *"dermoabrasión en tórax"*. Se trata mediante desinfección, cura local y tratamiento farmacológico. Precisa, con posterioridad, curas periódicas en su Centro de Salud hasta la curación de la abrasión.

La sanidad médico forense estimó treinta días de curación, todos ellos impeditivos para sus ocupaciones habituales, quedando como secuela una marca de color blanquecino de 21 x 4 cm. en el tórax siguiendo el trayecto del cinturón de seguridad (imagen 1).

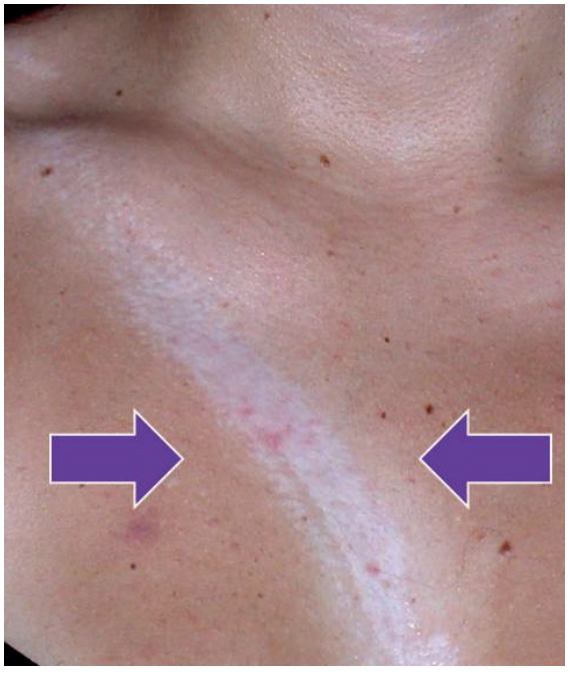

Imagen 1. Caso A

3.1.2.CASO B.

Se trata de un hombre, de 42 años, albañil de profesión, que sufre un accidente de tráfico mientras ocupa la posición de copiloto de un turismo por colisión lateral con otro turismo. Al romperse el cristal de la ventana de la puerta, un fragmento le provoca una herida frontal derecha a nivel supraciliar.

Es atendido en un servicio de urgencias hospitalario, donde se le diagnostica una *"herida incisa irregular en sien derecha"*. Se trata mediante desinfección, sutura con ágrafes y tratamiento farmacológico. Precisa curas periódicas en su Centro de Salud hasta la cicatrización completa de la herida.

La sanidad médico forense estimó veintiún días de curación, catorce de ellos impeditivos para sus ocupaciones habituales, quedando como secuela una cicatriz de 7 cm. (imagen 2).

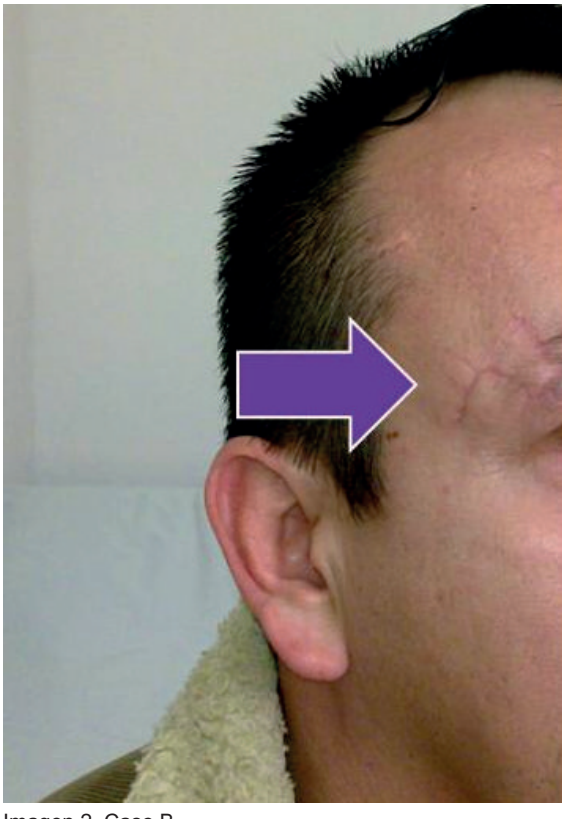

Imagen 2. Caso B

3.1.3.CASO C.

Se trata de un hombre, de 19 años, estudiante universitario, que sufre un accidente de tráfico mientras conduce su motocicleta al colisionar con un turismo. Se golpea el pie izquierdo (calzado con zapatillas de playa) con un fragmento de la chapa del turismo que le produce una herida irregular en la región anterior del pie.

Es atendido en un servicio de urgencias hospitalario, donde se le diagnostica una *"herida inciso contusa en dorso del pie izquierdo"*. Se trata mediante desinfección, sutura con hilo de seda y tratamiento farmacológico. Precisa curas periódicas en su Centro de Salud hasta la cicatrización completa de la herida.

La sanidad médico forense estimó sesenta días de curación, todos ellos impeditivos para sus ocupaciones habituales, quedando como secuela una cicatriz queloide e hiperpigmentada de 14 cm. (imagen 3).

Imagen 3. Caso C

3.1.4.CASO D.

Se trata de un hombre, de 23 años, repartidor de pizzas a domicilio, que sufre un accidente de tráfico mientras conduce su motocicleta al colisionar levemente con un turismo y caer al suelo. En la caída se produce una abrasión con el asfalto en la cara posterior del antebrazo derecho, cerca del codo, que cura dejando una zona hipercrómica de 2 x 4 cm (imagen 4).

Es atendido en un servicio de urgencias hospitalario, donde se le diagnostica una *"dermoabrasión en codo derecho"*. Se trata mediante desinfección y tratamiento farmacológico. No precisa de asistencia facultativa posterior, realizándose curas locales él mismo durante varios días.

La sanidad médico forense estimó siete días de curación, ninguno de ellos impeditivo para sus ocupaciones habituales, quedando como secuela una zona hipercrómica de 2 x 4 cm. en la cara posterior del antebrazo derecho.

Imagen 4. Caso D

3.2.Descripción de la encuesta.

Se explicaba que "se trata de valorar (y puntuar) el perjuicio estético que ocasionan, a su juicio, las cicatrices resultantes de sendos accidentes de tráfico en los cuatro casos, siguiendo las reglas de utilización de la tabla VI del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y que fundamentalmente son:

4. La puntuación adjudicada al perjuicio estético es la expresión de un porcentaje de menoscabo permanente del patrimonio estético de la persona.
50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien.

8. ***Ni la edad ni el sexo*** *de la persona lesionada se tendrán en cuenta como parámetros de medición de la intensidad del perjuicio estético.*

9. La puntuación adjudicada al perjuicio estético ***no incluye la ponderación de la incidencia que este tenga sobre las actividades*** *del lesionado (profesionales y extraprofesionales), cuyo específico perjuicio se ha de valorar a través del factor de corrección de la incapacidad permanente."*

Se concluía resaltando que se trata de valorar el perjuicio estético que ocasiona cada cicatriz en el patrimonio estético de la persona, siendo la mínima puntuación de 0 puntos y la máxima de 50 puntos (que corresponde a un menoscabo del 100% del patrimonio estético de la persona).

La encuesta se dirigió a médicos forenses del IMLA, IMLC e IMELGA.

Se encuestó a los médicos forenses del IMLA vía correo electrónico o personalmente. Cumplimentaron la encuesta 34 médicos forenses.

Asimismo, se remitió la encuesta por correo electrónico a médicos forenses del IMLC, devolviendo la encuesta 12 médicos forenses y del IMELGA, obteniendo 7 encuestas cumplimentadas. En total se recabaron 53 encuestas.

3.3. Método.

Se ha recogido la puntuación otorgada por cada médico forense a los cuatro casos, tanto de forma numérica como categorizada en uno de los 7 grados de perjuicio estético que recoge el Real Decreto Legislativo 8/2004[12], añadiendo uno más cuando la puntuación otorgada era de 0 puntos (no perjuicio estético), quedando de esta forma:

1. No perjuicio estético: 0 puntos
2. Ligero: 1-6 puntos
3. Moderado: 7-12 puntos.
4. Medio: 13-18 puntos.
5. Importante: 19-24 puntos.
6. Bastante importante: 25-30 puntos.
7. Importantísimo: 31-50 puntos.

MÉTODO ESTADÍSTICO.

Para el análisis estadístico, se ha utilizado el paquete Statitstical Package for Social Sciencies 14.0 para Windows (SPSS).

Se ha realizado un análisis descriptivo de las diferentes variables sometidas a estudio, a través de las frecuencias de distribución y medidas descriptivas de cada una de ellas. Se ha utilizado un nivel de significación ( ) de 0.05. Además, en función de las variables sometidas a estudio, se han utilizado diferentes pruebas estadísticas no paramétricas.

Como medidas descriptivas se han empleado medidas de tendencia central (media, mediana, moda, mínimo y máximo), medidas de dispersión (rango o recorrido, variancia y desviación estándar) y medidas de forma (asimetría y curtosis)[13].

Recogemos, a continuación, una breve descripción de cada una de estas medidas.

Medidas de tendencia central (de centralización o de posición):

Media aritmética: Es la medida de tendencia central más conocida. Es la medida descriptiva que se asocia al concepto popular de "promedio". Se obtiene sumando todos los valores en una población o muestra y dividiendo el valor obtenido entre el número de valores que se sumaron.

Mediana: Llamaremos mediana al valor de la variable tal que el número de datos de la muestra que quedan a su izquierda (valores más pequeños) es igual al número de datos que quedan a la derecha (valores más grandes).

La mediana de un conjunto finito de valores es aquel valor que lo divide en dos partes iguales. Si se ordenan todos los datos, de menor a mayor, la mediana es el valor que ocupa la posición central: Si el número de valores es impar, la mediana será el valor que está en medio, si el número de datos es par, la mediana será la media de los dos centrales.

Moda: Es el valor de la variable que presenta mayor frecuencia absoluta[13]. Si existen varios valores que presentan la misma frecuencia máxima, entonces la variable es plurimodal.

Medidas de dispersión: describen la mayor o menor dispersión de las medidas de la muestra.

Rango o recorrido: es la diferencia que existe entre el valor más grande que toma la variable y el más pequeño.

Varianza: Se llama varianza de una variable a la suma de las diferencias de cada valor respecto de la media, elevadas al cuadrado y dividido por el número de datos muestrales.

Mide la dispersión con respecto a la diseminación de los valores en torno a su media. Dado que esta medida se expresa en unidades cuadradas, no es una medida de dispersión apropiada cuando se desea expresar este concepto en término de unidades originales. Para ello, se aconseja utilizar la desviación estándar.

Desviación estándar o desviación típica: es la raíz cuadrada de la variancia. Para conocer con detalle un conjunto de datos, no basta con conocer las medidas de tendencia central, sino que necesitamos conocer también la desviación que presentan los datos en su distribución respecto de la media aritmética de dicha distribución, con objeto de tener una visión de los mismos más acorde con la realidad al momento de describirlos e interpretarlos para la toma de decisiones La desviación estándar de un conjunto de datos es una medida de cuánto se desvían los datos de su media. Es una medida de dispersión usada en estadística que nos dice cuánto tienden a alejarse los valores concretos del promedio en una distribución.

MEDIDAS DE FORMA (DISTRIBUCIÓN).

Las medidas de forma o de distribución nos permiten identificar la forma en que se separan o aglomeran los valores de acuerdo a su representación gráfica. Estas medidas describen la manera como los datos tienden a reunirse de acuerdo con la frecuencia con que se hallen dentro de la información. Su utilidad radica en la posibilidad de identificar las características de la distribución sin necesidad de generar el gráfico.

Se han utilizado, en el presente trabajo de investigación, como medidas de forma, la asimetría y la curtosis.

La asimetría nos permite identificar si los datos se distribuyen de forma uniforme alrededor del punto central (media aritmética). La asimetría presenta tres estados diferentes, cada uno de los cuales define de forma concisa como están distribuidos los datos respecto al eje de asimetría (gráfico 1).

Cuando el coeficiente de asimetría está incluido en el intervalo [-2x error típico de asimetría, +2x error típico de asimetría] consideraremos que los datos siguen una distribución simétrica. Si está por encima de

ese intervalo se considerará que hay una asimetría positiva o a derechas y si está por debajo, una *asimetría negativa o a izquierdas.*

Dicho de otra forma:

Se dice que la *asimetría es positiva* o a derechas cuando la mayoría de los datos se encuentran por encima del valor de la media aritmética. En este caso, la "cola" a la derecha de la media es más larga que la de la izquierda, es decir, hay valores más separados de la media a la derecha.

La curva es *simétrica* cuando se distribuyen aproximadamente la misma cantidad de valores en ambos lados de la media.

Se conoce como *asimetría negativa o a izquierdas* cuando la mayor cantidad de datos se aglomeran en los valores menores que la media. En este caso, la "cola" a la izquierda de la media es más larga que la de la derecha, es decir, hay valores más separados de la media a la izquierda.

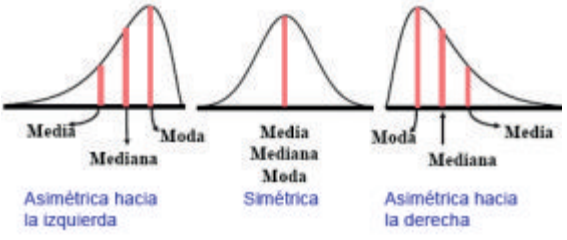

Grafico 1. Formas de distribución de los datos según la asimetría

La curtosis, (también llamada medida de apuntamiento o de concentración central) es una medida de la forma de la distribución y estudia la mayor o menor concentración de frecuencias alrededor de la media y en la zona central de la distribución.

Hay tres tipos de distribuciones según su grado de curtosis: mesocúrtica, leptocúrtica y platicúrtica (gráfico 2).

Cuando el coeficiente de curtosis está incluido en el intervalo [-2x error típico de curtosis, +2x error típico de curtosis] consideraremos que se trata de una distribución mesocúrtica. Si está por encima de ese intervalo se considerará que es *leptocúrtica* y si está por debajo, *platicúrtica*.

Grafico 2. Formas de distribución de los datos según el grado de curtosis

Cuando la distribución de los datos es simétrica y mesocúrtica, se le denomina *curva normal*. Este criterio es de suma importancia ya que para la mayoría de los procedimientos de la estadística de inferencia se requiere que los datos se distribuyan normalmente.

Como prueba no paramétrica se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis (de William Kruskal y W. Allen Wallis) y sirve para probar si un grupo de datos proviene de la misma población. Es una extensión de la prueba U de Mann-Whitney para 3 o más grupos. Esta prueba permite decidir si se puede aceptar la hipótesis nula de que varias muestras independientes proceden de la misma población o de poblaciones idénticas con la misma mediana. Es la prueba no paramétrica considerada más potente para comparar más de dos variables continuas independientes

Esta estadística se calcula de la siguiente forma: se combinan las muestras y se ordenan por rangos todas las observaciones de menor a mayor. A continuación se obtiene la suma de los rangos correspondientes a los elementos de cada muestra y se halla el rango promedio.

Si la hipótesis nula es cierta, es de esperar que el rango promedio sea aproximadamente igual para todas las muestras. Cuando estos

promedios sean muy diferentes es un indicio de que la hipótesis nula es falsa.

Para la representación gráfica de los resultados obtenidos se han utilizado diferentes tipos de gráficos: gráficos de columnas, de líneas y diagramas de caja.

Los diagramas de caja, también llamados gráficos de caja y bigotes, tienen la ventaja de que permiten identificar la distribución y la dispersión de los datos de una variable de escala. O dicho de otra forma, permiten resumir el comportamiento y las principales medidas de una o varias variables de escala en un solo diagrama (gráfico 3).

El diagrama de caja es un gráfico basado en cuartiles, mediante el cual se visualizan un conjunto de datos. Suministra información sobre los cuartiles primero, segundo o mediana y tercero y sobre la existencia de valores atípicos y extremos. Su estructura está basada en:

- Una "caja", donde el límite superior corresponde al valor del tercer cuartil y el límite inferior al primer cuartil. Dentro de la caja hay una línea que representa al valor de la mediana (segundo cuartil). Los cuartiles son los tres valores que dividen al conjunto ordenados en cuatro partes iguales.

- El primer cuartil es el valor por debajo del cual queda un cuarto (25%) de todos los valores ordenados

- El segundo cuartil se corresponde con la mediana: es el valor por debajo del cual queda la mitad (50%) de todos los valores ordenados

- El tercer cuartil, es el valor por debajo del cual quedan las tres cuartas partes (75%) de los datos.

- Dos brazos, denominadas "bigotes" que determinan el rango o recorrido del 95% de los casos.

- Símbolos representativos de los valores "atípicos" y "extremos". El círculo representa los valores atípicos, mientras el asterisco representa los valores extremos.

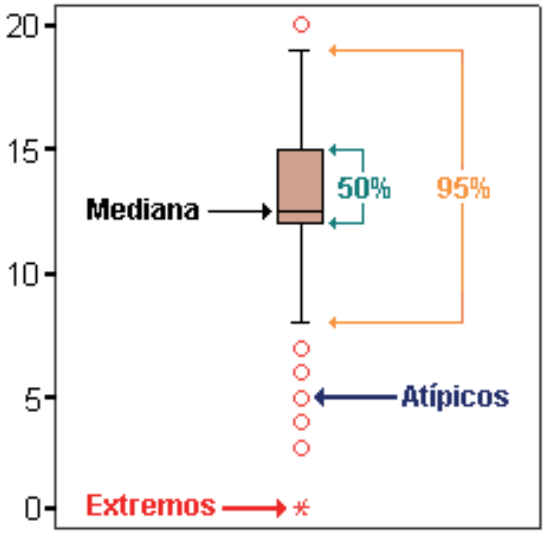

Grafico 3. Explicación del diagrama de cajas

4.RESULTADOS.

4.1.Caso A.

Los estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso A, en los tres Institutos de Medicina Legal se reflejan en la tabla 1, mientras que el gráfico 4 recoge la distribución de las puntuaciones.

Destaca la puntuación media del IMLC (4.42), inferior a la del IMLA (9.15) y del IMELGA (8.57). Algo parecido pasa con las medianas (4, 8 y 8 respectivamente), así como que la puntuación máxima otorgada fue de 9 puntos en el IMLC, 10 en el IMELGA mientras que en el IMLA fue de 24 puntos. Todo ello, teniendo en cuenta que la muestra encuestada es diferente en número en los tres Institutos.

Analizaremos a continuación las medidas de forma o de distribución: asimetría y curtosis,

que nos permiten identificar la forma en que se separan o aglomeran los valores de acuerdo a su representación gráfica.

En el caso del IMLC se trata de una distribución asimétrica hacia la derecha o positiva lo que traduce que la mayoría de los datos se encuentran por encima del valor de la media aritmética (4.42) y mesocúrtica.

La distribución de la puntuación obtenida en las encuestas de médicos forenses del IMLA es también asimétrica hacia la derecha (positiva) y mesocúrtica.

En el caso del IMELGA se trata de una distribución simétrica, lo que traduce que la mayoría de los datos se encuentran cerca del valor de la media (8.57) y mesocúrtica.

Recordar que la asimetría nos permite identificar si los datos se distribuyen de forma uniforme alrededor de la media aritmética y que la curtosis estudia la mayor o menor concentración de frecuencias alrededor de la media y en la zona central de la distribución.

El gráfico 5 recoge el diagrama de cajas para el caso A, donde se puede apreciar y comparar con facilidad la distribución y dispersión de las puntuaciones.

	IML Cataluña	IML Alicante	IML Galicia
N	12	34	7
Media	4.42	9.15	8.57
Mediana	4	8	8
Moda	3 y 4	6, 7, 8 y 10	10
Mínimo	1	2	7
Máximo	9	24	10
Rango	8	22	3
Varianza	5.720	27.281	1.952
Desviación estándar	2.392	5.223	1.397
Curtosis	-0.174	0.976	-2.351
Error típico de curtosis	1.232	0.788	1.587
Asimetría	0.698	1.056	0.052
Error típico de asimetría	0.637	0.403	0.794

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para el caso A

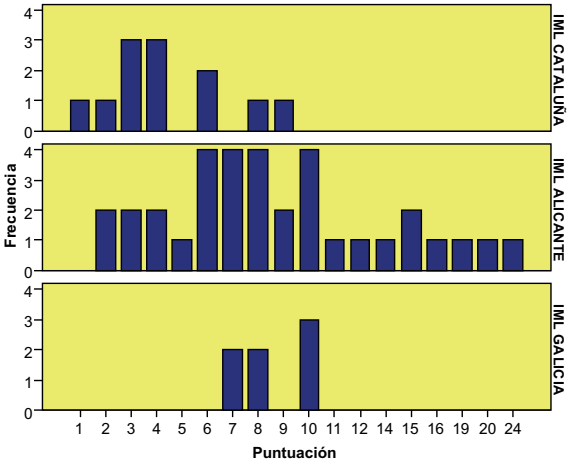

Gráfico 4. Distribución de las puntuaciones. Caso A.

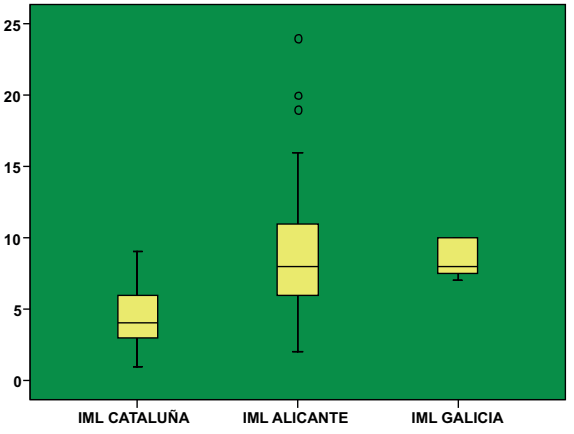

Gráfico 5. Diagrama de cajas. Caso A

4.2.Caso B.

Los diferentes estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso B, vienen recogidos en la tabla 2, mientras que el gráfico 6 refleja, de forma comparativa, la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres Institutos de Medicina Legal.

Destaca la puntuación media del IMLA (10.03), superior a las del IMELGA (7.71) y del IMLC (6.67). Algo parecido pasa con las

medianas (9, 6 y 7 respectivamente).

La puntuación máxima otorgada fue de 13 puntos en el IMLC, 15 en el IMELGA y 25 en el IMLA.

En el caso del IMLC se trata de una distribución simétrica, lo que traduce que la mayoría de los datos se encuentran cerca del valor de la media (6.67) y mesocúrtica.

La distribución de la puntuación obtenida en las encuestas de médicos forenses del IMLA es asimétrica hacia la derecha (positiva) y mesocúrtica.

En el caso del IMELGA la distribución es también asimétrica hacia la derecha (positiva) y mesocúrtica.

El gráfico 7 recoge el diagrama de cajas para el caso B.

	IML Cataluña	IML Alicante	IML Galicia
N	12	34	7
Media	6.67	10.03	7.71
Mediana	7	9	6
Moda	4, 7 y 8	7	6
Mínimo	2	3	5
Máximo	13	25	15
Rango	11	22	10
Varianza	10.242	28.029	12.905
Desviación estándar	3.200	5.294	3.592
Curtosis	-0.230	0.842	2.821
Error típico de curtosis	1.232	0.788	1.587
Asimetría	0.383	1.046	1.805
Error típico de asimetría	0.637	0.403	0.794

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para el caso B

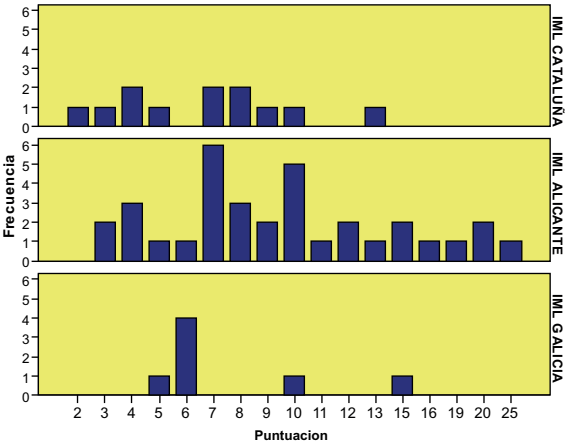

Gráfico 6. Distribución de las puntuaciones. Caso B

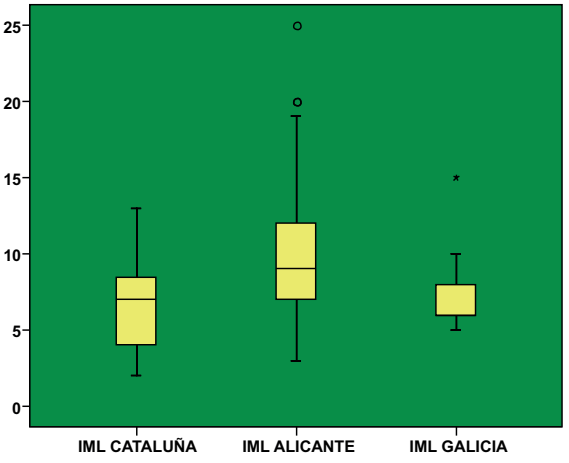

Gráfico 7. Diagrama de cajas. Caso B

4.3.Caso C.

Los estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso C, en los tres Institutos de Medicina Legal se reflejan en la tabla 3, mientras que el gráfico 8 recoge la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres Institutos de Medicina Legal.

En la cicatriz del caso C, es en el IMELGA donde se recoge una puntuación media mayor (9.00), seguido del IMLA (8.91) y del IMLC (6.3).

En el caso del IMLC se trata de una distribución simétrica, lo que traduce que la

mayoría de los datos se encuentran cerca del valor de la media y mesocúrtica.

La distribución de la puntuación obtenida en las encuestas de médicos forenses del IMLA es asimétrica hacia la derecha (positiva) y mesocúrtica.

En el caso del IMELGA se trata de una distribución simétrica y mesocúrtica.

El gráfico 9 recoge el diagrama de cajas para el caso C, donde se puede apreciar y comparar con facilidad, la distribución y dispersión de las puntuaciones.

	IML Cataluña	IML Alicante	IML Galicia
N	12	34	7
Media	6.33	8.91	9.00
Mediana	6	7.50	10
Moda	4, 6, 7 y 9	10	10
Mínimo	1	4	5
Máximo	10	18	13
Rango	9	14	8
Varianza	6.606	14.143	6.667
Desviación estándar	2.570	3.761	2.582
Curtosis	0.161	0.275	0.186
Error típico de curtosis	1.232	0.788	1.587
Asimetría	0.560	0.974	-0.081
Error típico de asimetría	0.637	0.403	0.794

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para el caso C.

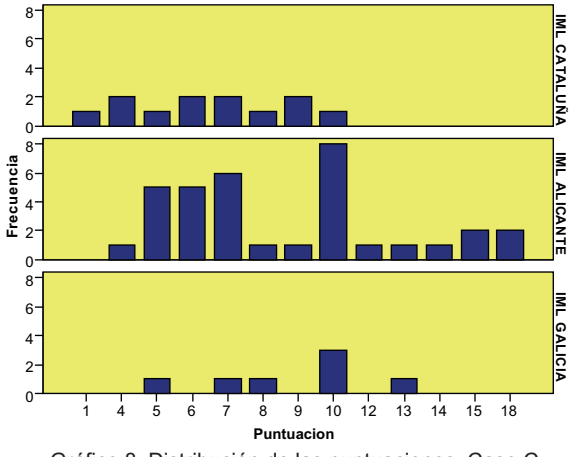

Gráfico 8. Distribución de las puntuaciones. Caso C

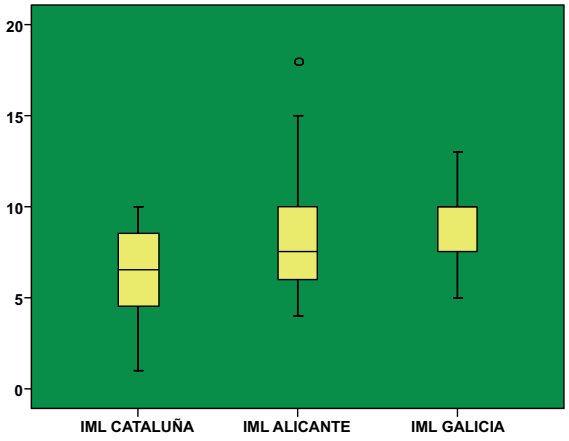

Gráfico 9. Diagrama de cajas. Caso C

4.4.Caso D.

Los diferentes estadísticos descriptivos obtenidos en las encuestas para el caso D, vienen recogidos en la tabla 4.

El gráfico 10 refleja, de forma comparativa, la distribución de las puntuaciones obtenidas en los tres Institutos de Medicina Legal.

Destaca la puntuación media del IMELGA (3.29), por encima del IMLA (1.85) y del IMLC (1.08). Algo parecido pasa con las medianas (3, 2 y 1 respectivamente).

La puntuación máxima otorgada fue de 5 puntos en el IMELGA y en el IMLA y 2 puntos en el IMLC.

En el caso del IMLC se trata de una distribución simétrica, lo que traduce que la mayoría de los datos se encuentran cerca del valor de la media y mesocúrtica.

La distribución de la puntuación obtenida en las encuestas de médicos forenses del IMLA es asimétrica hacia la derecha (positiva) y mesocúrtica.

En el caso del IMELGA la distribución es simétrica y mesocúrtica.

La distribución y dispersión de las puntuaciones recabadas por los médicos forenses de los tres Institutos de Medicina Legal se puede apreciar en diagrama de cajas correspondiente (gráfico 11).

	IML Cataluña	IML Alicante	IML Galicia
N	12	34	7
Media	1.08	1.85	3.29
Mediana	1	2	3
Moda	1	1	2
Mínimo	0	0	2
Máximo	2	5	5
Rango	2	5	3
Varianza	0.265	1.220	1.905
Desviación estándar	0.515	1.105	1.380
Curtosis	2.220	0.833	-2.090
Error típico de curtosis	1.232	0.788	1.587
Asimetría	0.211	1.024	0.359
Error típico de asimetría	0.637	0.403	0.794

Tabla 4. Estadísticos descriptivos para el caso D

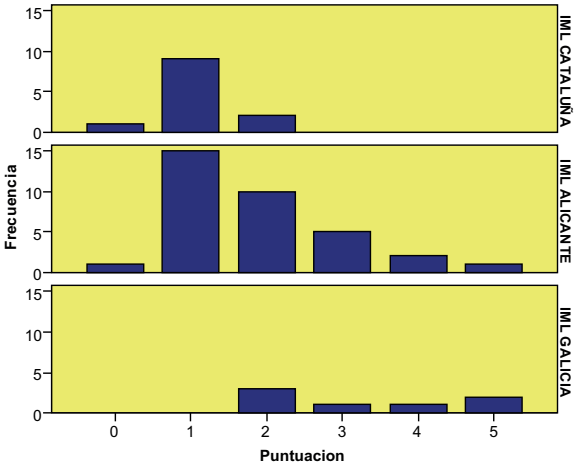

Gráfico 10. Distribución de las puntuaciones. Caso D.

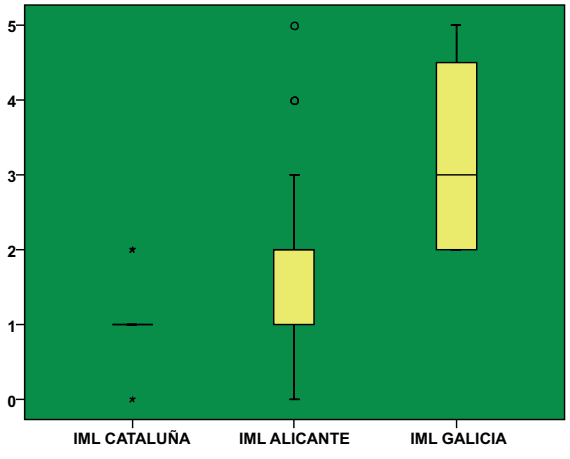

Gráfico 11. Diagrama de cajas. Caso D.

Las tablas 5 y 6 recogen las puntuaciones medias y las medianas de los tres Institutos de Medicina Legal sometidos a encuesta mientras que los gráficos 12 y 13 muestran estos datos de forma comparativa.

Media	Puntuación perjuicio estético CASO A	Puntuación perjuicio estético CASO B	Puntuación perjuicio estético CASO C	Puntuación perjuicio estético CASO D
IML Cataluña	4.42	6.67	6.33	1.08
IML Alicante	9.15	10.03	8.91	1.85
IML Galicia	8.57	7.71	9.00	3.29

Tabla 5. Puntuaciones medias

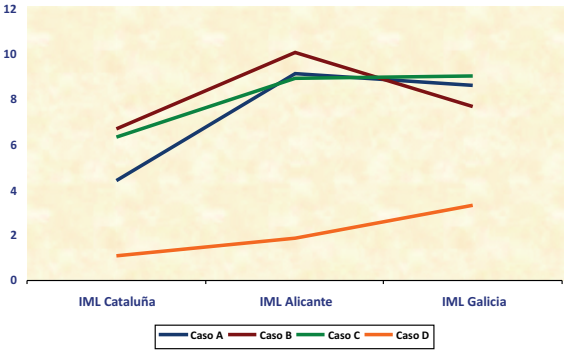

Gráfico 12. Comparativa de medias.

Media	Puntuación perjuicio estético CASO A	Puntuación perjuicio estético CASO B	Puntuación perjuicio estético CASO C	Puntuación perjuicio estético CASO D
IML Cataluña	4	7	6	1
IML Alicante	8	9	7.50	2
IML Galicia	8	6	10	3

Tabla 6. Medianas

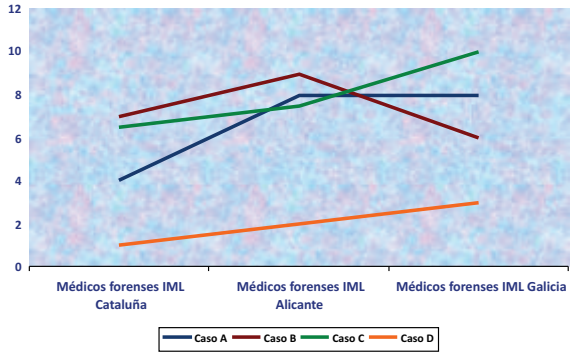

Gráfico 13. Comparativa de medianas.

Aplicamos a continuación la prueba de Kruskal-Wallis a los cuatro casos para tratar de establecer si se puede aceptar la hipótesis nula de que varias muestras independientes proceden de la misma población o de poblaciones idénticas con la misma mediana.
Si la hipótesis nula es cierta, es de esperar que el rango promedio sea aproximadamente igual para todas las muestras. Cuando estos promedios sean muy diferentes es un indicio de que la hipótesis nula es falsa.

Se obtienen los siguientes resultados (tabla 7):

- Para los casos A (estadístico Ú^2 = 11.758 y p valor = 0.003) y D (estadístico Ú^2 = 14.394 y p valor = 0.001) se rechaza la hipótesis nula, obteniéndose rangos promedios muy diferentes, pudiéndose afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las valoraciones efectuadas por los médicos forenses de los IML de Cataluña, Alicante y Galicia.

- Para los casos B (estadístico Ú^2 = 4.787 y p valor= 0.091) y C (estadístico Ú^2 = 4.953 y p valor= 0.084) se acepta la hipótesis nula no habiéndose encontrado diferencias entre las medidas de tendencia central en las valoraciones efectuadas por los médicos forenses de los tres IML al nivel de significación utilizado de = 0.05.

	Grupo	N	Rango promedio	Estadístico χ^2	p valor
Caso A	IML Cataluña	12	13.75		
	IML Alicante	34	30.35		
	IML Galicia	7	33.43		
	TOTAL	53		11.758	0.003
Caso B	IML Cataluña	12	20.13		
	IML Alicante	34	30.43		
	IML Galicia	7	22.14		
	TOTAL	53		4.787	0.091
Caso C	IML Cataluña	12	18.63		
	IML Alicante	34	28.87		
	IML Galicia	7	32.29		
	TOTAL	53		4.953	0.084
Caso D	IML Cataluña	12	16.67		
	IML Alicante	34	27.40		
	IML Galicia	7	42.79		
	TOTAL	53		14.394	0.001

Tabla 7. Prueba de Kruskal-Wallis

5.Conclusiones.

1. Las puntuaciones medias obtenidas en el IMLC en las cuatro cicatrices sometidas a valoración han sido inferiores a las del IMLA e IMELGA.

2. En los casos A y B la media aritmética del IMLA es superior a la del IMELGA.

3. En los casos C y D la media aritmética del IMELGA es superior a la del IMLA.

4. Algo similar ocurre con las medianas.

5. En los tres IML sometidos a encuesta y en las cuatro cicatrices, la distribución de las puntuaciones es mesocúrtica, mientras que se ha encontrado simetría en unos casos y asimetría a la derecha en otros.

6. La distribución de los datos corresponde a una "curva normal" en el IMLC para los casos B, C y D, y en el IMELGA para los casos A, C y D.

7. Los médicos forenses de los IML de Alicante, Cataluña y Galicia han valorado de forma similar los casos B y C, no habiéndose encontrado diferencias entre las medidas de tendencia central al nivel de significación utilizado de = 0.05, mientras que en los casos A y D sí que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las valoraciones efectuadas por los tres colectivos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Borrego-Aparici R, Barquero-Sánchez Ibarguen MT, Domínguez-Palacios E, Aumesquet-Cornello A. Concepto de daño corporal y antecedentes históricos. Daño a las personas en derecho penal, civil y laboral y en el ámbito de las compañías de seguros. Valoración del daño, tablas y baremos de valoración. Rehabilitación 2008;42(6);315-24.

2. Hernández C. Valoración médica del daño corporal. En: Gisbert Calabuig JA. 6ª ed. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson; 2004.

3. Bermúdez L. Ayuso M, Santolino M. Perspectivas y análisis económico de la futura reforma del sistema español de valoración del daño corporal. Madrid: Mapfre; 2009.

4. El Código Penal de 1995. Valencia: Tirant Lo Blanch;1995.

5. Código Civil. Madrid: Tecnos;1996.

6. Criado MT. Valoración médico legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II. Doctrina médico legal de valoración de daños personales. Madrid: Colex; 2010.

7. Verano V. El perjuicio estético: un paseo por la incertidumbre. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense. 2009; 16:19-28.

8. Dalligand L, Loriferne D,Reynaud CA, Roche L. L´evaluation du dommage corporel. Collection de Médecine Légale et Toxicologie Médicale. Paris: Masson; 1988.

9. Medina M. El resarcimiento del perjuicio estético. Consideraciones doctrinales y legales a la luz del sistema de la Ley 30/1995. Actas del I Congreso Internacional de Responsabilidad Civil y Seguro, Córdoba 2001. http://civil.udg.es/cordoba/pon/medina.htm.

10. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson; 1998.

11. Castellano M. Las lesiones en el Código Penal. En: Gisbert Calabuig JA. 6 ºed. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson; 2004.

12. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE nº 267, de 5 de noviembre de 2004, pp. 36662-95.

13. Ferrandis E, Borrás F, Sánchez A, Segura JV. Cuadernos de bioestadística I. Alicante: Editorial Club Universitario; 1996.

ENTRE EL DELITO Y LA FALTA DE LESIONES.
BETWEEN THE OFFENCE AND MISDEMEANOUR OF INJURIES

RUIZ M.A.[1]

RESUMEN:
Nuestro ordenamiento jurídico no contiene una regulación detallada de la distinción entre un delito y una falta de lesiones, sino que establece una regulación en sentido negativo, estableciendo que es falta cuando no se dan todos los elementos del delito. Esto nos obliga a un estudio detallado de los elementos del delito, elementos que requieren la asistencia de unos profesionales independientes como son los médicos forenses. Se trata de conceptos amplios como salud mental, tratamiento médico o quirúrgico, asistencia facultativa… los que van a ayudar a realizar dicha distinción y sobre los que vamos a ver cómo la jurisprudencia los ha ido limitando para cada caso.

PALABRAS CLAVE: Ley, delito, falta, lesiones.

ABSTRACT:
In the spanish legal system there aren't detailed rules about the difference between the offence and misdemeanour of injuries, but rather what there are rules in negative meaning, so it is a misdemeanour when there aren't all elements of the offence. Thus we need studing in detail the elements of offence which require the assistance of independents professionals as scientific forensic. They are wide concepts as mental health, medical or surgical treatment, medical assistance...its help us to make a distinction and we show what are the jurisprudential limits in each case.

KEY WORDS: Law, offence, misdemeanour, injuries.

CONTACTO: Miguel Angel Ruiz. Fiscalía Provincial de Ourense. Edificio Xulgados 5ª Planta. Pza Concepcion Arenal 32071 OURENSE

1.INTRODUCCIÓN.

En la práctica judicial los operadores jurídicos nos encontramos con la cuestión de decidir si unos determinados hechos pueden calificarse como delito de lesiones o falta de lesiones. Según las últimas memorias de la Fiscalía General del Estado, entorno a 920 mil causas anuales son relativas a delitos de lesiones, lo que demuestra que una gran parte del tiempo se dedica a estos procesos, sin contar las faltas.

La cuestión no es en absoluto baladí, pues tiene importantes consecuencias, no sólo desde el punto de vista procesal, pues no es el mismo cauce procesal el establecido para los delitos que el de las meras faltas recogidas en el libro III del código Penal, sino por las consecuencias que acarrea esta cuestión en el caso que caiga una sentencia condenatoria. Piénsese que la pena mínima por el delito de lesiones es de 6 meses de prisión, frente a 2 meses de multa que es la máxima fijada para una falta de lesiones.

Pues bien, teniendo en cuenta las consecuencias de la diferenciación entre estos tipos penales, para tomar esta decisión, jueces y fiscales no valemos principalmente del médico forense.

Su papel es crucial en el día a día judicial ya que la ausencia de conocimientos médicos en los operadores jurídicos nos obliga a acudir a estos profesionales, independientes de las partes, para llevar a cabo nuestro trabajo.

Esto no significa que nos entreguemos a sus manos, de manera que al final sean ellos los encargados de llevar a cabo la calificación jurídica, puesto que los conceptos médicos no coinciden siempre con los conceptos jurídicos, aunque partan de ellos.

1 Fiscal de la Fiscalía Provincial de Ourense

Incluso dándose todos los requisitos objetivos del delito o falta de lesiones (tanto médicos como jurídicos) pueden faltar otros elementos necesarios para que la acción sea típica, antijurídica, culpable y punible; de modo que puede que la persona no sea merecedora de sanción penal por ausencia de dolo, por estar bajo los efectos de alguna sustancia…y sin embargo se den todos los requisitos médico-jurídicos.

Vamos a hacer una breve exposición en este artículo de cuáles son las diferencias entre un delito y una falta de lesiones, desde el punto de vista jurídico.

También haremos una breve mención a determinados supuestos donde a pesar de ser los hechos propios de una falta (por la entidad de la lesión) el legislador por otros motivos ha decidido sancionarlo como si fuera un delito.

2.REGULACIÓN LEGAL.

La regulación de los delitos de lesiones en nuestro ordenamiento jurídico se encuentra en el Título III (De las lesiones), que a su vez se encuentra en el Libro II (Delitos y sus penas) en los artículos 147 y siguientes del Código Penal.

La actual regulación procede en parte de la reforma llevada a cabo sobre el anterior código penal en el año 1989. La ley de 21 de junio de 1989 sustituyó el sistema de medición de la gravedad de las lesiones, según los días de curación, por otro que atendía a parámetros como la naturaleza del menoscabo corporal o psíquico, la forma de causación, etc. Este fue el criterio que acogió el legislador de 1995, reduciendo el casuismo del anterior texto legal y eliminando algunos de los defectos más sobresalientes de dicha regulación.

Actualmente se parte de un tipo básico establecido en el artículo 147, en el que se fija el concepto general de las lesiones, y sobre él se construyen los tipos cualificados en función del medio empleado, de la cualidad de la víctima (artículo 148) o de los resultados producidos (artículos 149 y 150) y se mantienen dos delitos específicos creados en la reforma de 1989, como son el de participación en riña con instrumentos peligrosos (artículo 154) y el de empleo de la violencia sobre personas especialmente relacionadas con el agresor (artículo 153). Sobre este último aspecto insistiremos al finalizar este artículo.

El artículo 147 del Código Penal considera autor de un delito de lesiones al que *por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico…"*

En el libro III del Código Penal, bajo la rúbrica "faltas y sus penas", y dentro de este, en el Título I (faltas contra las personas) es donde se regula la falta de lesiones (artículo 617). Así se establece una regulación de contenido residual, ya que el tenor literal del precepto establece *el que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no definida como delito en este Código, será castigado con la pena de localización permanente de seis a doce días o multa de uno a dos meses*. De manera que el legislador ha usado un criterio, que si bien a priori parece sencillo, luego en la práctica forense y judicial está sujeta a múltiples matices.

La idea que quiere transmitir el legislador es sencilla: no es delito, entonces es falta. Esto nos obliga a acudir a un estudio detallado de cuáles son los requisitos que tiene que tener un hecho para poder ser considerado delito. Y sólo cuando no se dan todos los requisitos para entender que es delito de lesiones nos encontramos con la falta.

3.ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS DEL DELITO.

Tanto el delito como la falta comienza con la mención de: el que *por cualquier medio o procedimiento*. Esto significa que se deja abierta la posibilidad comisiva de estos hechos, sin limitar a una regulación casuística a que se produzca sólo de determinadas formas.

A continuación se establece que el delito de lesiones tiene que menoscabar la integridad corporal o la **salud física o mental**. Esto nos lleva a la posibilidad que las lesiones se produzcan por medios no estrictamente físicos. Esto supone que se puede cometer tanto el delito como la falta de lesiones sin necesidad de agresión o violencia; piénsese por ejemplo en la posibilidad de unas lesiones empleando medios psicológicos o la producción de unas lesiones por contagio sexual.

Hay que destacar que se protege en el tipo de las lesiones la salud mental. Cuestión que si bien hoy parece superada, no siempre ha sido tan clara. Así, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 1257/2005, por tanto relativamente reciente, viene a reconocer esta protección a la salud mental: …por cuanto, según la más reciente posición de la *"Organización Mundial de la Salud"*, las lesiones o padecimientos que constituyan una enfermedad, no sólo son las que derivan de una agresión material con resultado de daños físicos, sino también otra cualquier forma de agresión que ocasione padecimientos o secuelas físicas o psíquicas y, tratándose de menoscabo a la salud psíquica, no se exige de modo alguno que dicho menoscabo sea de carácter permanente…

Derivado de lo anterior se deduce que en ambos casos el bien jurídico protegido es el mismo: la salud en sentido amplio. Por bien jurídico tenemos que entender, con múltiples matices, aquellos que el legislador ha considerado digno de una protección penal. Y como hemos visto, la salud es tanto la física como la mental.

Indica Muñoz Conde que lo que el legislador pretende proteger a través del delito de lesiones es la salud en sentido amplio, incluyendo tanto la corporal como la psíquica o mental.

De ello, Berdugo extrae dos importantes consecuencias:

1ª) No constituye delito de lesiones, aunque probablemente sí un delito de injurias, coacciones, o contra la integridad moral, aquellos actos que suponen una disminución de la integridad corporal pero que no implican un menoscabo en la salud: corte de pelo o de barba, daños de prótesis artificiales, etc.

2ª) Tampoco constituye un delito de lesiones aquellas acciones que objetivamente suponen una mejora para la salud, aunque incidan negativamente en la integridad corporal, sería el supuesto de la amputación de una miembro engangrenado.

Para que el hecho sea constitutivo de delito y no de falta, es necesario que se requiera objetivamente, además de una primera asistencia facultativa, un tratamiento médico o quirúrgico.

Hay que enfatizar en el concepto de "objetivamente", pues no es necesario que de manera efectiva se hubiera dado un tratamiento médico o quirúrgico además de una primera asistencia facultativa, sino que la lesión, por sus características concretas lo haya requerido objetivamente. De modo que si era necesario (objetivamente) el tratamiento posterior, y sin embargo este no ocurrió porque el enfermo no acudió al centro sanitario, esto no quiere decir que por la propia ausencia de este tratamiento no haya delito y aparezca automáticamente la falta. Del mismo modo, cuando objetivamente se aplica un tratamiento médico que no era necesario, esto no hace nacer automáticamente el delito (STS 47/06, 26-1).

Si la lesión sufrida requiere objetivamente más de una asistencia facultativa para su sanidad, este hecho constituirá el delito de lesiones, pero si no se requirió más que la

primera, se produce la subsunción en la falta (STS 77/09, 5-2).

La primera asistencia facultativa no puede confundirse ni considerarse como tratamiento. De ser así, sólo por el hecho de acudir a un facultativo se estaría cumpliendo el requisito de tratamiento. La asistencia vendría a ser el diagnóstico inicial de la existencia de una lesión, pero si tras este, el facultativo concluye que no es necesario actuar más allá, estaríamos ante una mera falta. Es necesaria para poder considerar la lesión como delito, pero ello por si solo ni es suficiente ni es determinante. Incluso cuando en esta primera y única asistencia facultativa se prescriban determinadas pautas o medicamentos para lograr la sanidad. Así por ejemplo, varios facultativos pueden considerar que no es necesario ningún tratamiento médico posterior (pérdida de una pieza dentaria o una deformidad), pero esto no significa que es falta, sino que tiene su encaje en hechos tipificado más severamente (artículos 149-150 código penal). Del mismo modo, el hecho de que en la primera y única asistencia se prescriba, por ejemplo, unos medicamentos durante unos días, no es un tratamiento que haga nacer el delito.

En cualquier caso, debemos tener presente que asistencia médica no es sinónimo de asistencia única o inmediata. Así, es perfectamente posible que en esa primera asistencia intervengan distintos facultativos, simultanea o sucesivamente. Del mismo modo, la asistencia facultativa puede ser prestada algún tiempo después de producirse la lesión, bien porque el lesionado no acudió al médico en ese momento, bien porque la lesión no se manifestó hasta tiempo después. (Sobre estos aspectos circular de La Fiscalía General del Estado 2/1990)

Frente a la idea de primera asistencia, el concepto de tratamiento médico parte de la existencia de un menoscabo en la salud que requiere para su curación, una intervención médica con planificación de un esquema de recuperación para curar, reducir sus consecuencias, o, incluso una recuperación no dolorosa que sea objetivamente necesaria y que no suponga mero seguimiento facultativo o simples vigilancias, incluyéndose además, las pruebas necesarias para averiguar el alcance de la lesión y tratar de ponerle remedio. (SSTS 1681/2001 de 26 de septiembre, 1221/2004 de 27 de octubre, 91/2007 de 12 de febrero, 468/2007 de 18 de mayo).

La sentencia del TS de 6 de febrero de 1993 definía el tratamiento médico como aquel sistema que "…se utiliza para curar una enfermedad o para tratar de reducir sus consecuencias si aquella no es curable. Existe ese tratamiento, desde un punto de vista penal, en toda actividad posterior tendente a la sanidad de las personas, si está prescrita por un médico. Es indiferente que tal actividad la realice el propio médico, o la encomiende a asistentes sanitarios, o incluso al propio lesionado, como sería el caso de la prescripción de fármacos, o la fijación de comportamientos a seguir (dietas, rehabilitación, etc) aunque deben quedar al margen de lo que es tratamiento médico, el simple diagnóstico o la pura prevención médica..."

En cuanto al tratamiento quirúrgico, es aquel que por medio de la cirugía, tiene por finalidad curar una enfermedad o dolencia a través de operaciones de esta naturaleza, cualquiera que sea la importancia de esta, cirugía mayor o cirugía menor.

En cualquier caso, las líneas que separan a veces el concepto de primera asistencia de la de tratamiento son tan sutiles que es inevitable un cierto arbitrio judicial. Algunos de los parámetros que viene utilizando la jurisprudencia para objetivar el concepto penal de tratamiento son la necesidad objetiva del mismo y su prescripción por un facultativo.

Ello supone que para movernos en el ámbito del delito de lesiones, es necesario que esta tenga tal entidad que, objetivamente para su sanación fuera necesario un tratamiento médico por parte de un profesional sanitario, al margen de que la misma no haya recibido ese

tratamiento, o lo haya recibido por un no profesional sanitario. De lo contrario quedaría en manos de la propia víctima la calificación de la lesión como constitutiva de delito o falta, cuando desoye la indicación médica o no acude al facultativo.

Se ha planteado la cuestión por la jurisprudencia si un tratamiento de rehabilitación puede ser considerado como un tratamiento médico a los efectos del artículo 147 del Código Penal, o por el contrario no cabe en este concepto y debe incardinarse por tanto la conducta dentro de la falta de lesiones del artículo 617 del CP.

De forma reiterada, la jurisprudencia del TS ha valorado la rehabilitación como una actividad que, cuando es necesaria objetivamente para la curación de las lesiones, y es, o debe ser prescrita por un médico, integra el tratamiento médico, a efectos del artículo 147 del CP, incluso en los supuestos en los que la rehabilitación tenga que ser realizada por el propio paciente en casa (en este sentido, las Sentencias del TS 1556/2001 de 10 de septiembre, 1835/2000 de 1 de diciembre, 625/2002 de 10 de abril).

Podrían surgir dudas en los casos en los que el informe médico forense indica que el paciente necesitó tratamiento de rehabilitación, pero no se concreta en que consistió dicho tratamiento. A esta cuestión contesta la sentencia del TS de 10 de abril de 2002, indicando "...que no es preciso en todo caso que se describan en la sentencia las maniobras concretas en que consistió el tratamiento médico, bastando el empleo de términos que tengan un significado lo suficientemente preciso para poder entender cuáles han sido las actividades que la medicina ha considerado necesarias para la sanidad. Si en la sentencia se hacen constar en los hechos probados, cuales fueron las secuelas de las lesiones, quedaría explicado suficientemente la finalidad del tratamiento rehabilitador".

Por lo tanto, insistimos de nuevo en la importancia del Médico Forense y de su informe. Es necesaria una descripción detallada del tratamiento rehabilitador, en qué ha consistido o en qué debe consistir para poder ver el encaje penal de la acción.

Otra cuestión controvertida ha sido la diferenciación entre el tratamiento médico, y lo que es el mero seguimiento facultativo o simple vigilancia, que como aclara el último inciso del apartado 1º del artículo 147, no se considerará tratamiento médico. Así, el código penal establece en el mismo 147, que *…La simple vigilancia o seguimiento facultativo de la lesión no se considerará tratamiento médico…*

Como ha venido exigiendo la jurisprudencia del TS, desde la Sentencia 787/97 de 3 de junio, "...existe un punto de partida claro: teniendo en cuenta el carácter facultativo de las agravantes del artículo 148, y la flexibilidad del marco penal del artículo 147, cuyo mínimo puede ser reducido de un manera muy considerable, las exigencias de tratamiento médico no pueden ser excesivas, pues de lo contrario se produciría una seria desproporción del bien jurídico que tutuela este tipo penal.
En este sentido, se debe considerar tratamiento aquel en el que se haya recurrido a medicamentos necesarios para controlar un determinado proceso posterior a una herida, siempre que el paciente pueda sufrir efectos secundarios que importan un riesgo de una perturbación no irrelevante para su salud..."

La Sala Segunda del Tribunal Supremos exige que esa necesidad de tratamiento, tanto médico como quirúrgico, obedezca a razones derivadas de la propia naturaleza y características de la lesión, puestas en relación con las pautas de la ciencia médica, y ello, al margen de lo que haya ocurrido en el caso concreto, pues es perfectamente posible hablar de un delito de lesiones a pesar de que el lesionado haya preferido automedicarse, no medicarse, o ponerse en manos de un no facultativo, cuando, atendiendo a criterios objetivos, ese tratamiento médico o quirúrgico era necesario para su curación.

Concluyendo, todo lo que exija una actividad curativa posterior a la lesión debe ser considerado tratamiento, y por lo tanto, delito. Esto es lo que ocurre cuando se prescribe una medicación curativa y no preventiva. (Indica Muñoz Conde que los antibiótico para curar una infección deben ser considerados tratamiento, pero no cuando se suscriben para evitar una infección todavía no detectada. Del mismo modo, considera el autor que también debe ser entendido como tratamiento las medidas dietéticas o de reposo o higiene, así como el internamiento psiquiátrico o tratamiento psicológico).

4.SUPUESTO ATENUADO.

No obstante todo lo anterior, el legislador es consciente que en la regulación del delito de lesiones intervienen muchos factores, que puede llevar a situaciones un tanto injustas desde el punto de vista de la pena a imponer, sino se valoraran las circunstancias concretas de cada supuesto, pudiendo en ocasiones parecer excesiva.

Un hecho objetivamente poco lesivo, piénsese por ejemplo en una bofetada, puede producir unas lesiones contundentes si la víctima ya adolecía de algún problema, o en sentido contrario, una agresión contundente puede producir unas lesiones que alcancen la sanidad rápida y fácilmente.

Así, el artículo 147.2, tras la reforma operada por la Ley Orgánica de 15/2003, establece que, *no obstante, el hecho descrito en el apartado anterior* (tipo básico antes trascrito)*, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendiendo al medio empleado o el resultado producido.*

Por lo tanto en la aplicación de este tipo participan todos los elementos antes mencionados, como lo demuestra la propia redacción "el hecho descrito en el apartado anterior". Se trata atendiendo a principios de proporcionalidad y racionalidad, ver si se puede dar esta menor gravedad. Así, no se limita esta gravedad sólo a la forma en que el autor haya producido la lesión, sino también se valora el aspecto médico: el resultado producido.

5.SUPUESTOS ESPECIALES: ARTÍCULO 153 Y 147.1 IN FINE

Hasta ahora hemos visto que la necesidad de una primera asistencia facultativa, junto con un tratamiento médico o quirúrgico es el criterio utilizado por el legislador para establecer la frontera entre el delito y la falta de lesiones.

Sin embargo existe un supuesto en que se excepciona dicho requisito: el delito del maltrato del artículo 153 del CP.

Con el afán de dar mayor protección a aquellas personas que tienen una especial relación con el agresor, en septiembre de 2003 se llevó a cabo una importante reforma de este artículo, en la cual, se elevó a la categoría de delito y no de simple falta *"la causación a otro de un menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en el Código Penal, el golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión cuando la ofendida sea o haya sido la esposa, o mujer que esté o haya estado unida a él por análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor..."* la conducta típica se repite en el apartado 2º del artículo, con un pena sensiblemente inferior, donde cambia únicamente el sujeto pasivo del delito, que en este caso sería cualquiera de las personas a las que hace referencia el artículo 173.2 del Código Penal, a excepción, claro está, de las contempladas en el artículo anterior.

Se ha eliminado por tanto el requisito de habitualidad en el ejercicio de la violencia que exigía la anterior redacción, y se considera que cualquier tipo de agresión a los sujetos referidos, sin necesidad de que causen lesión alguna será considerado delito, estableciendo como único criterio para ello el de vinculación de la víctima del delito con el agresor.

Este criterio ha sido establecido por el legislador en la LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Se trata de seguir dando un tratamiento global, o en terminología de la ley, integral a todos aquellos casos en que la víctima de la lesión sea la mujer o persona en idéntica situación de afectividad.

Tras esta regulación no se puede llegar a la conclusión que carece entonces de importancia determinar si se dan o no todos los requisitos para considerar al hecho como delito. Es decir, no se puede pensar que como el 153 castiga cuando no se dan todos los elementos del delito de lesiones, o dicho de otra forma, castiga cuando se dan los requisitos de la falta del 617, pero dependiendo del sujeto activo y pasivo del mismo, carece de relevancia la búsqueda de los elementos de tratamiento y asistencia facultativa.

Decimos que no se puede hacer porque en el caso que los hechos sean jurídicamente encuadrables en un delito del 147 del Código Penal, por el mismo hecho de las características del sujeto activo y pasivo (hombre frente a esposa o persona en análoga situación de afectividad) hace que se aplique un tipo mucho más gravoso que es el artículo 148, que sanciona con penas notablemente superiores.

La especialidad radica por tanto en que los hechos aisladamente considerados tienen la calificación de falta, pero atendiendo a los sujetos intervinientes, se hacen merecedores de un mayor reproche penal. Mayor reproche porque sin dejar de ser la salud en sentido amplio el bien jurídico protegido, aparecen otros factores que también son objeto de protección, y por lo tanto merecedores de una mayor sanción en el caso de ser atacados.

Junto a este supuesto, el artículo 147.1 en su segundo párrafo, establece que *con la misma pena será castigado el que, en el plazo de un año, haya realizado cuatro veces la conducta descrita en el artículo 617 de este Código*. Con esta mención, el legislador quiere sancionar una reiteración de falta de lesiones. Entró en vigor el 01/10/2003 con el objeto de sancionar aquellas personas reincidentes en la comisión de faltas.

Sin perjuicio de la dificultad judicial para poder aplicar este precepto, debido a la inexistencia de un registro de faltas, lo cierto es que desde el punto de vista médico, no plantea problema alguno. Simplemente se trata de que cuatro faltas de lesiones, se sanciona con la pena de un delito.

6.PROCEDIMIENTOS.

Desde el punto de vista del procedimiento a seguir, tal y como anticipamos, son también importantes las diferencias entre los delitos y las faltas. La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece un procedimiento totalmente distinto; así en el Libro VI de esta ley regula de manera específica el proceso cuando se trata de una falta (Del procedimiento para el Juicio sobre Faltas: arts 962-977), y de una manera más dispersa cuando es delito, pues son múltiples las formas en que se puede desarrollar (sumario, procedimiento abreviado, juicio rápido…).

Sin entrar a ver las diferencias concretas de uno y otro proceso, al no ser este el lugar indicado para tratar este tema, sí es importante destacar que el juicio de Faltas, debido a la escasa entidad (normalmente) de las lesiones, es mucho más ágil y sencillo, y se puede incoar sin que la víctima sea vista en un primer momento por el médico forense.

Esto no quiere decir que no sea examinada por el médico forense, sino que los cuerpos y fuerzas de seguridad, o desde el propio juzgado, al recibir la denuncia o iniciar el atestado, pueden entender que los hechos son encuadrables a priori como falta.

También puede ocurrir lo contrario, es decir, que se inicie el cauce procesal para la investigación de un delito, pero tras el examen del médico forense, haya que reconvertir el

procedimiento en una mera falta porque las lesiones causadas son de menor entidad.

En ambos casos, se inicie como se inicie el proceso, está abierta la posibilidad de acomodarlo a la realidad de los hechos. Y para tomar esta decisión el elemento fundamental que tenemos jueces y fiscales es el informe forense. En ocasiones no es necesario en un momento inicial, porque es evidente que es un delito, piénsese una rotura de un brazo; pero en todo caso se necesitará de ese informe.

Sirve y es determinante en un primer momento cuando hay dudas de dónde encuadrar los hechos, pero es también importante después, al objeto de determinar responsabilidades civiles derivadas de los hechos.

Con esto no se debe llegar a la conclusión que la actividad del médico forense para determinar si un hecho es delito o falta se limita al informe inicial o final de las lesiones. Es necesaria su participación en el acto del juicio ratificando y respondiendo a las posibles preguntas que se les pueda hacer por las partes o incluso por el propio juzgador.

Es realmente en este momento dónde se debe valorar todos los hechos para poder dictar una sentencia; no obstante esta necesidad, la práctica judicial suele acudir a la fórmula de dar por reproducido estos informes cuando no son impugnados por nadie, de manera que no se interroga al forense que acude en calidad de perito.

7.CONCLUSIÓN.

La práctica judicial nos demuestra que son muchos los supuestos diarios de delitos o faltas de lesiones. Como hemos venido indicando, la actividad del médico forense en estos supuestos es crucial para ayudarnos a los jueces y fiscales, en un primer momento incluso a decidir el proceso a seguir, y posteriormente, y sin duda más importante para las partes, para determinar la pena a solicitar o imponer, así como las responsabilidades civiles derivadas de estos hechos.

Esta actividad no siempre resulta fácil. Nuestro sistema no es en absoluto perfecto, lo que hace que muchas veces el examen forense se haga días, incluso meses después de los hechos, cuando ya hay sanidad, de manera que se tiene que trabajar sobre informes hospitalarios o de otros profesionales, en todo caso de referencia, lo que dificulta su trabajo. O incluso en los supuestos que no se puede examinar a la víctima (fallecimiento o negativa a ser examinado, por ejemplo) lo que complica aún más el adecuado estudio.

En todo caso son muchos los elementos que hay que tener en cuenta para poder encuadrar los hechos, y eso a pesar de que se ha prescindido de una enumeración casuística, porque como hemos visto, se puede producir el ataque por cualquier medio o procedimiento. Y aun así, a pesar de darse todos los requisitos legales de delito o falta, puede que estos no sean suficientes para sancionar el hecho pues el derecho penal exige otros elementos;

La distinción entre el delito básico de lesiones y la falta de lesiones se hace con un criterio negativo: es falta cuando se *…causare una lesión no definida como delito en este Código…* Se hace por tanto imprescindible acudir al tenor literal del artículo 147 del Código que a su vez tiene múltiples matices. Se habla de integridad corporal, salud física o mental, asistencia facultativa, tratamiento quirúrgico… conceptos todos que han sido completados por la jurisprudencia, apoyada lógicamente de conceptos médicos para dar una solución adecuada a la realidad social y penal de cada caso.

Como hemos visto, a pesar de esta regulación para la distinción, quedan diversos supuestos, que en absoluto son residuales, que tiene pensado el legislador para casos donde a pesar de que se dan todos los criterios médicos y jurídicos para sancionar el hecho, razones de proporcionalidad permiten bajar la pena aplicando un tipo privilegiado, y en sentido

contrario, supuestos donde objetivamente se dan todos los elementos de la falta, pero se decide dar una mayor protección penal por las personas que intervienen (supuesto del artículo 153) y sancionar como un delito.

BIBLIOGRAFIA:

1. Código Penal, LO 10/1995, actualizado a la LO 5/2010.
2. Ley de Enjuiciamiento Criminal, RD 14/09/1882, actualizada por la Ley 13/2009.
3. Compendio de Derecho Penal. Parte General y Parte Especial. José María Luzón Cuesta. Editorial Dykinson. Edición 2004.
4. Derecho Penal, parte general. Mir Puig. Editorial Reppertor. 9ª edición 2011.
5. Comentarios al Código Penal. Editorial el Derecho. Edición 2011.
6. Memorias de la Fiscalía General del Estado. Accesible en www.fiscal.es
7. Jurisprudencia del Tribunal Supremo. Accesible en www.cgpj.es
8. Revista Xuridico Galega. comentarios de 2009-2011.
9. Contestaciones a la teoría general del derecho y al derecho constitucional. Editorial. Colex. Edición 2010
10. Los avances del derecho ante los avances de la medician. Salomé Adhroer. Editorial Aranzadi. Edición 2008.
11. Derecho Penal Parte Especial. Francisco Muñoz Conde. Editorial Tirant lo Blanch. 18ª edición. 2010.

ALGUNOS RASGOS DENTALES BÁSICOS EN LA IDENTIFICACIÓN HUMANA.
ANY BASIC DENTAL FEATURES IN HUMAN IDENTIFICATION.

LÓPEZ-LÁZARO S[1], VICIANO J[2], ALEMÁN I[3], BOTELLA M.C.[4]

RESUMEN:
El patrón dental de cada individuo es único, por lo que el estudio de la cavidad oral es de gran interés en la identificación humana. La determinación de la identidad depende del proceso de comparación de la información *"antemortem"* recogida y del examen *"postmortem"* del cadáver. Para ello, es necesaria una correcta observación de todos los rasgos diferenciadores -anomalías dentales, procesos patológicos, tratamientos odontológicos de restauración, etc.-, que aportan una información esencial del sujeto. El presente trabajo pretende ser una guía ilustrativa en la que se exponen algunos ejemplos de los rasgos identificadores que se han reconocido en la dentición humana, con una finalidad de aplicación eminentemente práctica y sencilla.

PALABRAS CLAVE: Anomalía dental, patología dental, tratamiento dental, antropología forense

ABSTRACT:
The dental pattern of each individual is unique, so the study of oral cavity is of great interest in human identification. Determining the identity depends on the comparison process of the information collected antemortem and the postmortem examination of the corpse. Therefore, a correct observation of all dental characteristics is necessary -dental abnormalities, pathologic processes, restorative dental treatments, etc.-, which provide essential information about the subject. This paper is intended as an illustrative guide, which shows several examples of the recognized traits in the human dentition, with an eminently practical and easy application finality.

KEY WORDS: Dental abnormality, dental pathology, dental treatments, forensic anthropology

CONTACTO: Sandra López Lázaro, Laboratorio de Antropología, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Avenida de Madrid, Nº11, 18012. E-mail: slopezlazaro@ugr.es.

1. INTRODUCCIÓN.

La aplicación de los conocimientos del aparato estomatognático en el ámbito judicial ha demostrado ser de gran utilidad en la identificación humana, tanto de sujetos vivos como en restos cadavéricos.

La cavidad oral es considerada un registro idóneo con fines identificativos, siendo los dientes, en particular, de especial importancia en las ciencias forenses debido a una serie de características especiales. De entre ellas destacan (a) su individualidad y variabilidad, (b) su gran resistencia y durabilidad a agentes químicos, físicos, biológicos, mecánicos y térmicos, y (c) una fácil accesibilidad para su análisis.

De este modo, la observación de anomalías dentales, procesos patológicos y tratamientos odontológicos de restauración aportan una información esencial, que contribuye a la identificación del sujeto. Para ello, es necesario reconocer, evaluar y registrar correctamente las características más útiles, así como emplear todos los procedimientos científicos disponibles (técnicas fotográficas, radiográficas, microscópicas, luz forense, etc.) en la detección de estos rasgos individualizadores.

A continuación, se expone una clasificación que pretende ser sencilla, para que pueda ser empleada en la práctica habitual del Antropólogo Forense, sin necesidad de poseer conocimientos muy especializados de Odontología. En ella se recogen algunos ejemplos de los rasgos

1 Antropóloga Física. Laboratorio de Antropología, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.
2 Doctor en Antropología Física. Laboratorio de Antropología, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada
3 Profesora Titular de Antropología Física. Laboratorio de Antropología, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.
4 Catedrático de Antropología Física. Laboratorio de Antropología, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

identificadores más frecuentes; no obstante, son muchos más los que pueden confirmar o descartar la identidad de un individuo. El presente trabajo no pretende ser un análisis exhaustivo, sino servir de guía inicial a los profesionales que habitualmente trabajan en el campo de la identificación humana. Se utilizan las imágenes como medio para ilustrar las diversas anomalías que pueden observarse en la cavidad oral, acompañadas de una breve descripción de las mismas.

2. ANOMALÍAS NATURALES.

Son aquellas alteraciones que tienen lugar durante las distintas etapas del desarrollo orofacial. En el contexto biológico, el concepto anomalía hace referencia a una particularidad, irregularidad o a una desviación del orden normal, y que da lugar a una ausencia, exceso o deformidad de una parte del cuerpo [1].

No obstante, en el estudio de dichas particularidades, es determinante distinguir entre anomalía "verdadera" y variación morfológica. De este modo, un determinado rasgo puede tener una baja incidencia y ser considerado una anomalía en una población específica y, sin embargo, este mismo rasgo puede tener una alta frecuencia en otra población y ser considerado una mera variación morfológica en esta. Por ejemplo, el caso de los incisivos en forma de pala, que tienen una incidencia del “20-75%” en poblaciones de origen mongoloide (asiáticos e indígenas americanos) y, por el contrario, tiene una frecuencia inferior al 10% en el resto de poblaciones [2].

Seguidamente se describen las anomalías más frecuentes; aunque en la dentición humana se han identificado más de 100 rasgos morfológicos diferenciadores [2]. Gran parte de estas variantes se describen en el sistema ASUDAS *(Arizona State University Dental Anthropology System)*, desarrollado en 1991, con objeto de establecer un mismo estándar de clasificación para todos los observadores. Estas anomalías pueden clasificarse como ausencia o presencia y, además, en la mayoría de los casos presentan un grado de expresión variable [3,4].

A) ANOMALÍAS DE NÚMERO:

Hacen referencia a la alteración en el número total de dientes, ya sea por una ausencia o exceso del número de gérmenes dentales durante la odontogénesis (Fig. 1). En el caso de la hiperdoncia, los dientes adicionales pueden presentarse como una réplica exacta del diente normal o con una morfología y tamaño modificado; también pueden aparecer fusionados a otro diente [5].

B) ANOMALÍAS DE VOLUMEN:

Se refieren a los dientes que presentan un tamaño superior o inferior respecto al normal (Fig. 1). Estas anomalías pueden afectar a un solo diente, a varios o a toda la cavidad oral.

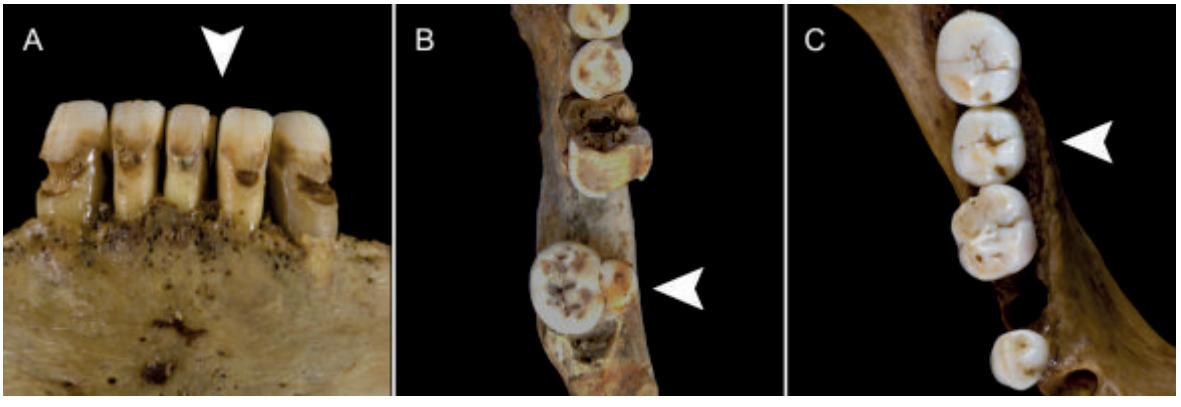

Figura 1. A: Ausencia de desarrollo del germen dental del incisivo central izquierdo mandibular (Hipodoncia). B: Diente supernumerario de forma modificada y coalescente al tercer molar derecho inferior (Hiperdoncia). C: Segundo molar mandibular derecho de tamaño inferior al normal (Microdoncia).

C) ANOMALÍAS DE FORMA:

Son aquellas que afectan a la morfología del diente, desviándolo de la normalidad (Figs. 2-4).

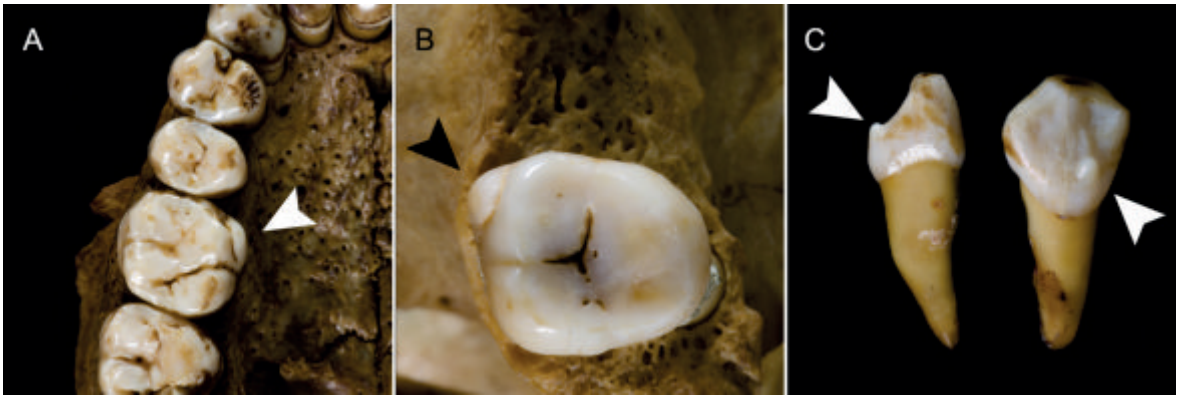

Figura 2. A: Cúspide supernumeraria localizada en la superficie mesiolingual del segundo molar superior derecho (Tubérculo de Carabelli). B: Cúspide supernumeraria localizada en la superficie mesiobucal del segundo molar superior derecho (Parastilo). C: Tubérculo en la superficie lingual del canino izquierdo mandibular (Talón cuspídeo).

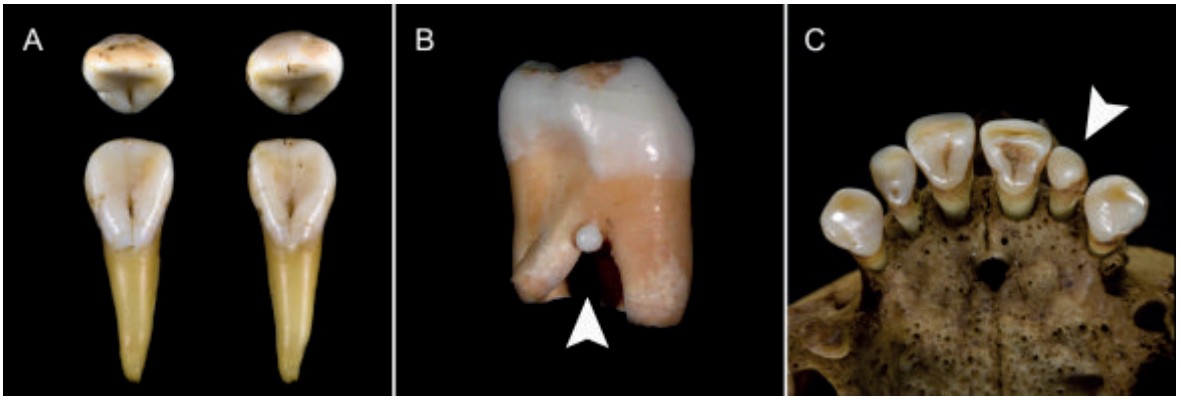

Figura 3. A: Incisivos laterales superiores con bordes marginales excesivamente desarrollados que dan lugar a una cavidad en la superficie lingual (Incisivos en pala); en la parte superior se muestra la visión incisal de los dientes y en la inferior la visión lingual. B: Excrecencia de esmalte, de forma redondeada, situada a nivel de la furca de la raíz del segundo molar superior (Perla del esmalte). C: Incisivo lateral superior con corona en forma conoide (Diente en clavija).

Figura 4. A: Primer premolar superior izquierdo con dos raíces, visto desde la superficie lingual (Raíz accesoria). B: Desarrollo excesivo de cemento secundario sobre la raíz del tercer molar superior izquierdo y del segundo molar inferior izquierdo (Hipercementosis). C: Incisivos centrales superiores con raíces anormalmente cortas (Raíces cortas).

D) ANOMALÍAS DE POSICIÓN:

Son aquellas en las que la orientación y/o la posición del diente no son las normales dentro de la cavidad oral (Fig. 5).

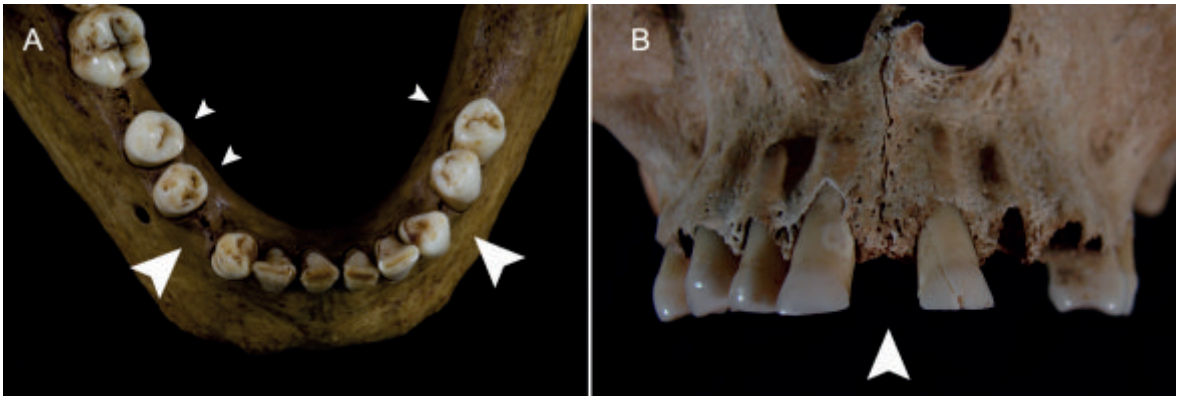

Figura 5. A: Las flechas pequeñas señalan la rotación de los premolares inferiores derechos hacia la superficie mesial, y la rotación del segundo premolar inferior izquierdo hacia la superficie distal (Giroversión); las flechas grandes señalan el espacio interdental con ausencia de puntos de contacto entre caninos y primeros premolares (Diastema). B: Espacio interdental con ausencia de puntos de contacto entre los incisivos centrales superiores (Trema).

E) ANOMALÍAS DE ERUPCIÓN:

Son las alteraciones debidas a una prematura, tardía o ausencia de erupción dental [6]. Esta variación es debida a una falta de fuerza eruptiva o a una obstrucción mecánica [1] (Fig. 6).

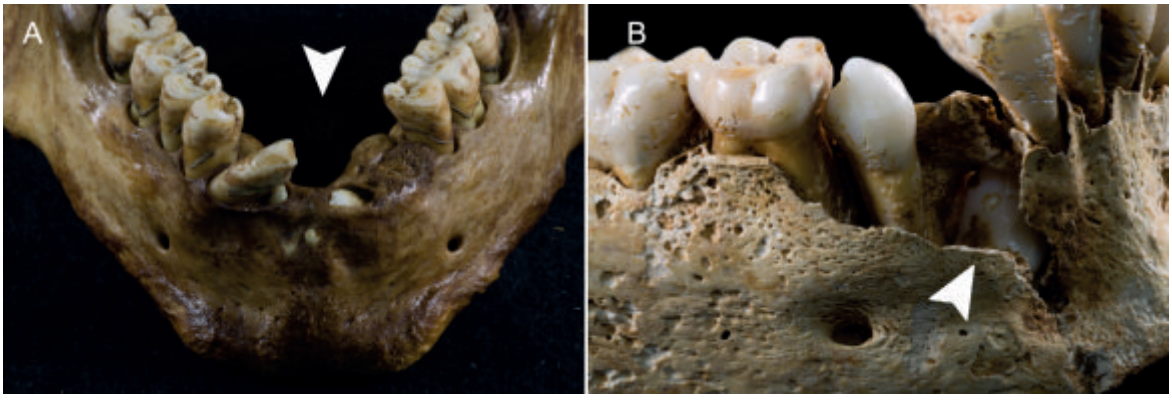

Figura 6. A: Incisivos centrales y canino izquierdos inferiores sin erupcionar debido a una barrera física o a un trayecto de erupción anómala (Dientes impactados). B: Canino inferior derecho sin erupcionar debido a un trayecto de erupción anómala (Diente impactado).

F) ANOMALÍAS DE UNIÓN:

Consisten en la fusión, en fases preeruptivas del desarrollo, de dos o más gérmenes dentales contiguos, dando lugar a un diente único [7] (Fig. 7).

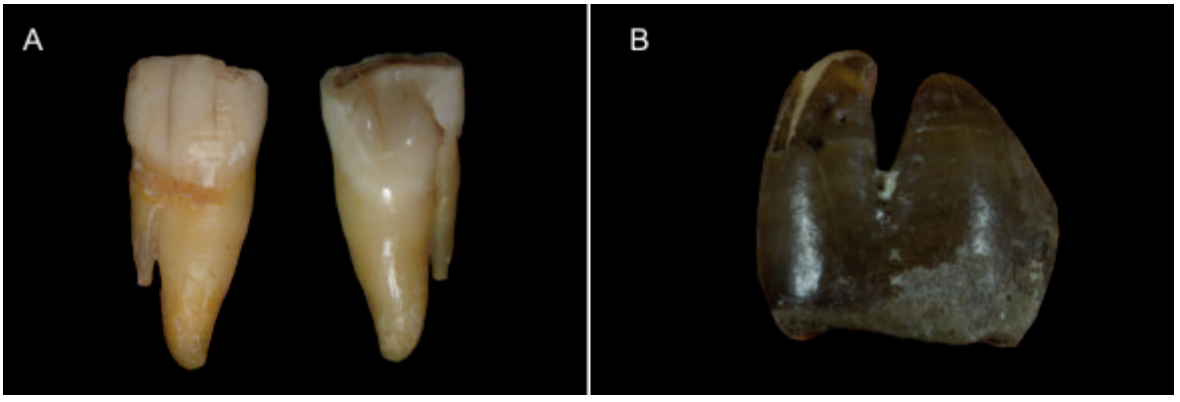

Figura 7. A: Fusión del incisivo central superior con un diente supernumerario; a la izquierda se muestra la visión de la superficie bucal y a la derecha la de la superficie lingual. Ambas coronas están completamente fusionadas, así como gran parte de la raíz. B: Fusión del incisivo lateral y del canino inferiores izquierdos de la dentición primaria; solo se ha formado la corona de ambos dientes.

3. ALTERACIONES ADQUIRIDAS.

Son aquellas alteraciones que tienen lugar tras el completo desarrollo de la cavidad oral y, que también pueden ser utilizadas como rasgos comparativos de identificación.

A) ANOMALÍAS PATOLÓGICAS O AMBIENTALES:

Un sujeto puede sufrir procesos patológicos a lo largo de su vida, o verse afectado por factores ambientales determinantes que dan lugar a cambios en su dentición (Fig. 8 y 9).

Figura 8. A: Todos los dientes presentan caries de tamaño variable a nivel de la línea amelocementaria; pérdida *antemortem* del segundo molar superior derecho, segundo premolar y del primer molar inferior derecho, y pérdida *postmortem* del incisivo lateral izquierdo. B: Canino con bandas horizontales resultantes de una deficiencia irreversible del espesor del esmalte (Hipoplasia del esmalte). C: Mandíbula con depósitos calcificados de placa bacteriana que se encuentran unidos a las superficies de los dientes (Cálculo dental).

Figura 9. A: Dientes maxilares afectados por un severo desgaste con exposición de la dentina. B: Crecimiento óseo anormal en el margen alveolar lingual de la mandíbula (Torus mandibular). C: Crecimiento óseo anormal sobre el rafe palatino (Torus maxilar).

B) TRATAMIENTOS DENTALES:

La correcta identificación de los tratamientos dentales, que el sujeto se realizó en vida, también es determinante para poder comparar y cotejar la información *postmortem*, recogida de los restos y la historia dental clínica. Seguidamente, se exponen algunos de los tratamientos que se pueden localizar en la cavidad oral (Figs. 10 y 11).

Figura 10. A: Primer molar superior derecho con obturación de amalgama en la fisura central. B: Molares inferiores con obturaciones de amalgama. C: Puente que sustituye al canino, a los premolares, al primer y segundo molar derechos; anclado en el canino y el segundo molar; fabricado en cerámica y amalgama; muestra desgaste severo del puente en el segundo molar.

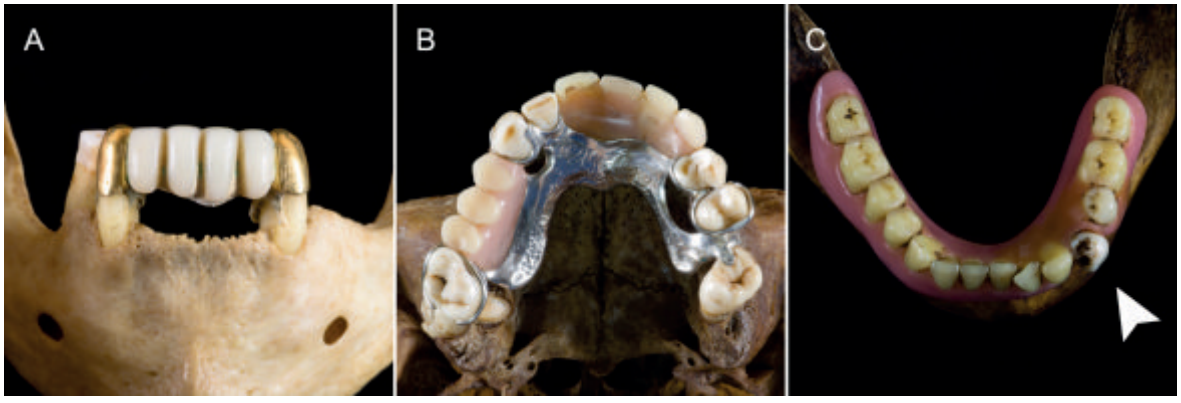

Figura 11. A: Puente que sustituye a los caninos y los incisivos inferiores; anclado en los caninos; fabricado en cerámica y oro. B: Prótesis removible de metal, resina y acrílico; los tres premolares derechos, los incisivos centrales, el incisivo lateral y el canino son dientes protésicos; anclajes en el canino y en el segundo molar derechos y en el segundo premolar y en el canino izquierdos. C: Prótesis dental de resina y acrílico que sustituye todos los dientes mandibulares salvo el primer premolar izquierdo, que se conserva el natural del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHEID RC, WEISS G. Woelfel. Anatomía Dental. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

2. SCOTT GR, TURNER II CG. The Anthropology of Modern Human Teeth: Dental Morphology and Its Variation in Recent Human Populations. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

3. HILLSON S. Dental Anthropology. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

4. TURNER II CG, NICHOL CR, SCOTT GR. Scoring Procedures for Key Morphological Traits of the Permanent Dentition: The Arizona State University Dental Anthropology System. In: Kelly M, Larsen CS - editors. Advances in Dental Anthropology. New York: Willey-Liss. 1991. p 13-31.

5. FLINT EG. Supernumerary teeth. Am J Orthod Oral Surg. 1939; 25: 135-153.

6. STEVENSON RE, HALL GH-editors. Human Malformations And Related Anomalies. New York: Oxford University Press. 2006.

7. IGLESIA-PUIG MA, ARELLANO-CABORNERO A, LÓPEZ-AREAL GARCÍA B. Anomalías dentarias de unión: fusión dental. RCOE. 2005; 10(2): 209-214.

HERIDA CERVICAL POR ESCOPETA. EFECTO DE LOS GASES DE EXPLOSIÓN EN DISPARO DE ARMA DE FUEGO.

CERVICAL SHOTGUN WOUND. EFFECT OF EXPLOSION GASES OF SHOTGUN.

DORADO FERNANDEZ E[1], ANDREU TENA E[2], BARCA DURÁN J[3], CARRILLO RODRÍGUEZ M[4].

RESUMEN:
Presentamos el caso de una muerte suicida por disparo de escopeta en región cervical con herida en piel característica de cañón tocante, analizando los signos hallados en la autopsia y el efecto de los gases en estas lesiones.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, herida por arma de fuego, forense.

ABSTRACT:
We show a case of suicide death by a shotgun in the neck with a characteristical injury on the skin with the cannon in touch, and analyzing the signs found in the autopsy and the effects of gases in this injuries.

KEY WORDS: Suicide, wound shotgun, forensic.

CONTACTO: Enrique Dorado Fernández. Laboratorio de Antropología del IAF de Madrid. Ciudad Universitaria s/n, 28040. e_dorado@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN.

Las armas de fuego suponen un campo de especial interés para la Medicina forense, por su empleo relevante en las muertes de etiología suicida y homicida.

En España, su posesión está legalmente restringida respecto a otros países, por lo que su frecuencia como método suicida es también menor. Así, mientras en EEUU es el medio más habitual, en España se encuentra a gran distancia de los dos principales procedimientos: la ahorcadura y la precipitación. De acuerdo con los datos proporcionados por el INE, de cada 1000 suicidios contabilizados en España durante el año 2010, correspondieron 10,13 a disparo por arma larga y 7,62 a arma corta, permaneciendo un amplio grupo de 43,38 casos como arma de fuego no especificada. Por contraste, la ahorcadura fue elegida en 503,48 ocasiones y la precipitación en 208,04.

En España el suicido con arma corta es más usual en profesionales relacionados con la seguridad, por su accesibilidad a las mismas, mientras el uso de escopeta lo es entre personas con licencia de caza.

El disparo por arma de fuego lesiona directamente por la interacción mecánica del proyectil con los tejidos corporales y por la cavidad temporal, resultado de la energía cinética transferida, que se forma en su recorrido. En el caso concreto de la región craneal se produce la denominada herida cráneocerebral, resultado de la fractura ósea craneal e impactación de sus fragmentos contra el encéfalo subyacente, el efecto dislacerante del proyectil durante su recorrido y el brusco aumento de la presión intracraneal por la cavidad temporal a su vez potenciada por el alto contenido líquido del tejido encefálico.

Asimismo, en los disparos realizados a cañón tocante o en un espacio cerrado (típicamente la boca) el violento aumento de la presión por los gases emergentes pueden provocar una brusca destrucción/estallido de los tejidos circundantes.

1 Médico forense. Laboratorio de Antropología IAF de Madrid. Profesor de la Escuela de Medicina Legal de Madrid.
2 Médico forense. Director del IAF de Madrid. Profesor de la Escuela de Medicina Legal de Madrid.
3 Antropólogo. Coordinador del Grupo de Investigación en Bioantropología y Ciencias Cardiovasculares de la Universidad de Extremadura.
4 Médico forense. Profesor del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales. Universidad de Alcalá de Henares.

Exponemos en esta ocasión un caso ilustrativo de herida en el cuello originada por los gases de explosión, en un suicido por escopeta.

2. RESUMEN DEL CASO.

Se trata de un varón de 62 años, casado. Sin antecedentes médicos de interés, si bien desde su jubilación hacía 2 años, como operario en una fábrica, había venido manifestando ideación depresiva con expresiones como *"cualquier día me quito de en medio"*, sin solicitar ayuda ni tratamiento médico. Dejó manuscrita una carta de despedida de contenido habitual en este tipo de casos, así como una nota de aviso dirigida a su mujer para que cuando regresase al piso se abstuviera buscarle. (Figura 1).

Subió a la azotea del edificio con la escopeta, para la que tenía permiso reglamentario, oculta en una bolsa deportiva y se sentó en el suelo frente a la esquina que conformaban dos paredes de muro, apoyando la culata del arma en la base de la mima.

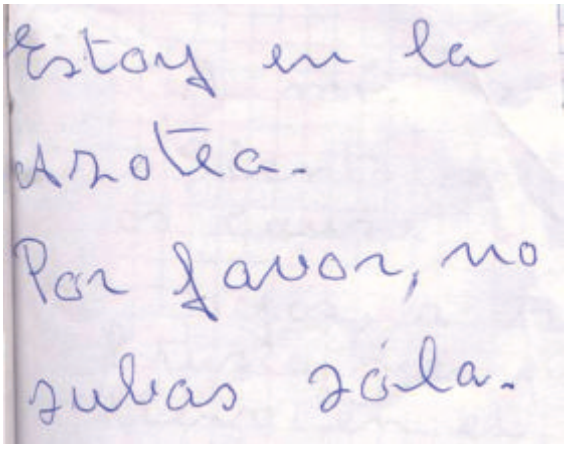
Estoy en la
Azotea.
Por favor, no
subas sola.

Figura 1. Nota de aviso

Accionó el gatillo con la mano derecha mientras sujetaba el cañón contra el cuello con la mano izquierda, modo de proceder frecuente en el suicido con escopeta consumado por personas diestras. Así lo confirmaron las distintas concentraciones de partículas de residuo de disparo (tanto las indicativas como las altamente específicas), más abundantes en la mano izquierda. En el momento del disparo mantenía la cabeza girada hacia a la izquierda. (Figura 2).

Figura 2. Visión general del cadáver

CARACTERÍSTICAS DELARMA

Corresponde a una escopeta de caza de fabricación española de cañones superpuestos, preparada para disparar cartuchos del 12/70 (12 caza). Este tipo de proyectiles portan una sola bala. (Figura 3).

Sobre el cadáver, arma y lugar se recogieron diversas partes del proyectil: taco, vaina y 2 masas de plomo correspondientes a la bala.

3. HERIDAS.

La herida de entrada se sitúa en la región cervical anterior, sobre el tercio superior del cartílago tiroides, con unas dimensiones aproximadas de 4 cm de diámetro. Se comprueba el trayecto seguido por el proyectil hacia atrás, arriba y a la izquierda. La salida se localiza en el hemicráneo izquierdo, donde provoca su estallido con amplia afectación temporo-parieto-occipital y pérdida parcial del contenido encefálico, el cual se mantiene sin embargo completo en el hemicráneo derecho. (Figura 3). Existen también múltiples líneas de fractura craneales que al afectar ambas fosas medias permiten la apertura en bisagra de la base craneal.

Las diferentes concentraciones de metales en el orificio de entrada/piel de control, resultaron evidentes: Plomo 26,349 ppm/58 ppm, Antimonio 52 ppm/1ppm, Bario 194 ppm/4 ppm.

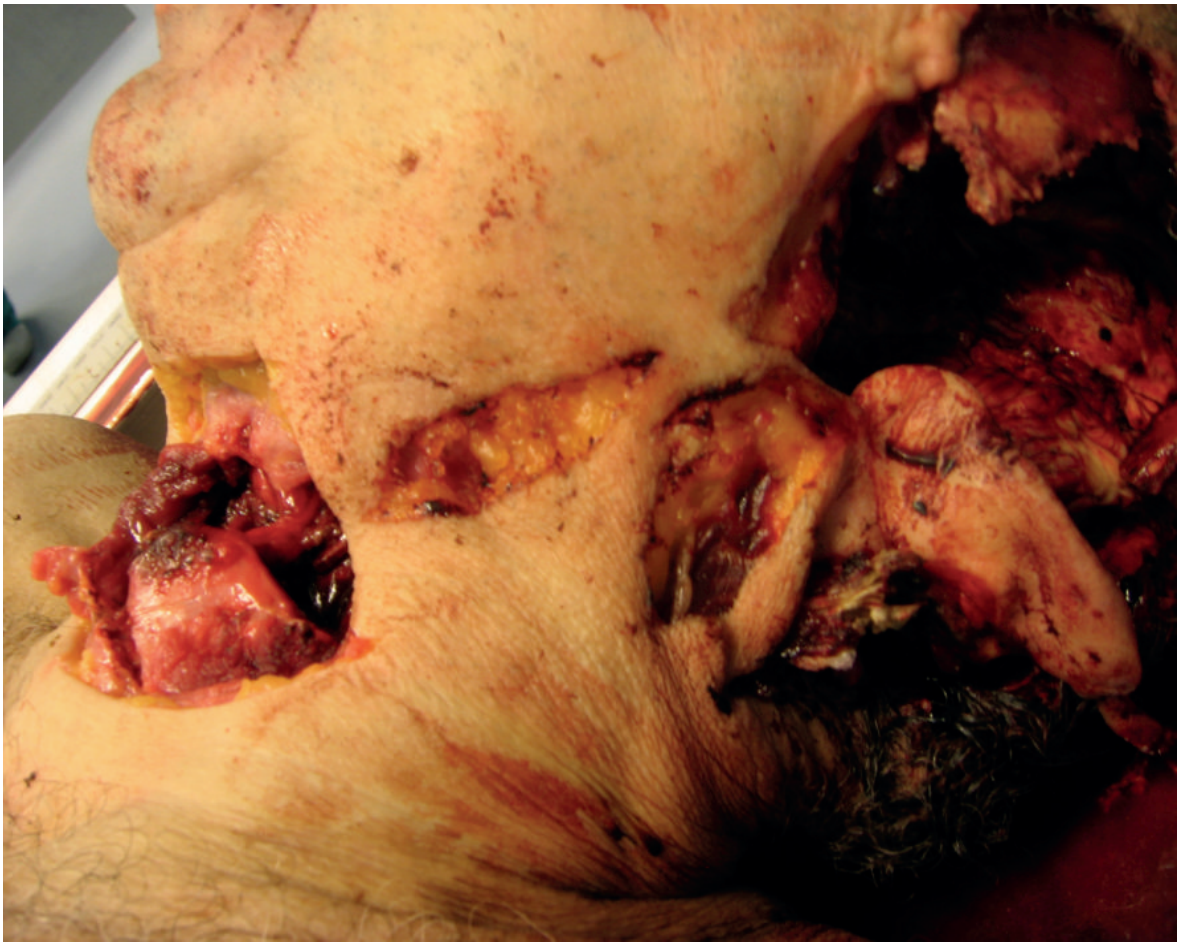

Figura 3. Heridas de entrada y salida

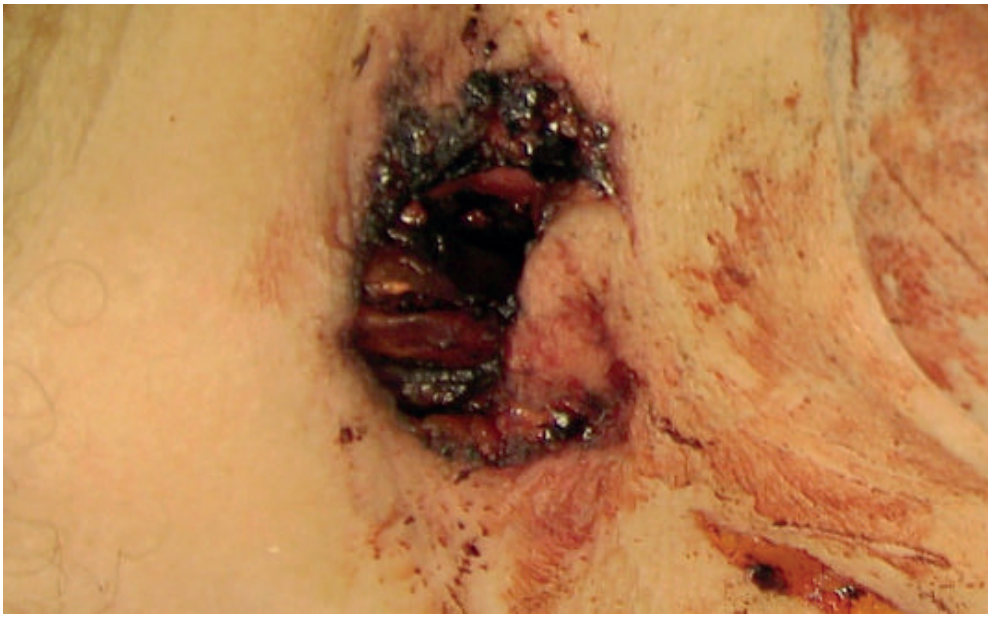

Figura 4. Herida de entrada (detalle)

La herida cervical muestra una forma circular, dejando un colgajo cutáneo en la región superior izquierda. Los bordes aparecen con desgarros y afectos de quemadura y negro de humo sobre todo en su margen inferior, indicado todo ello el trayecto inclinado del disparo. Salvo en el borde señalado no se aprecia taraceo ya que los residuos del disparo, al haber tenido lugar a cañón tocante, han penetrado en el interior de la herida. (Figura 4).

En consonancia, a lo largo del recorrido del proyectil se localizan restos de fragmentos óseos, residuos oscuros de disparo y residuos metálicos. (Figura 5).

Figura 5. Residuos metálicos sobre esponjosa ósea. Foto realizada en el INT.

Resulta ilustrativa, y es el objeto de esta comunicación, una herida amplia en la piel, en la cara lateral izquierda del cuello, longitudinal, que deja ver el tejido subcutáneo subyacente. Su origen se explica por la brusca distensión de los tejidos blandos del cuello, y por tanto de la piel, al entrar los gases de la deflagración acompañando al proyectil. Tiene así lugar una herida de *dentro afuera* causada por la brusca deformación de la piel.

4. COMENTARIOS

En los suicidios con escopeta el procedimiento más habitual es situar la boca del cañón en el interior de la cavidad bucal. A este proceder le siguen en orden de frecuencia el apoyo del cañón en un lateral de la cabeza y sobre la región submentoniana, donde puede incluirse el caso que exponemos. Con menor asiduidad resultan seleccionadas la regiones torácica o abdominal. En la decisión del suicida por el cuello puede influir la facilidad para mantener sujeta la boca del arma contra esa zona.

Como se ha señalado, en los disparos a cañón tocante el gas penetra en el interior de la herida. En otros casos, y salvo que el cañón se sitúe una cavidad cerrada como la boca, el gas rápidamente se enfría y difunde antes de penetrar. Las heridas de entrada conservan una forma aproximada circular, salvo que el disparo incida de forma inclinada sobre la piel ó que haya un plano óseo subyacente que provoca al fuerte distensión de los tejidos suprayacente, como es típico en los disparos en el cráneo. La distensión hacia afuera de la piel puede provocar desgarros y en ocasiones la impronta del cañón por choque contra su superficie.

En la intensidad del daño provocado por los gases influye la carga de pólvora, la potencia del arma, la dirección del disparo (que sea o no perpendicular), los tejidos subyacentes a la herida (como se ha reseñado) y la intensidad del contacto del arma contra la piel. Este contacto puede haberse realizado con firmeza, pero en otros casos la presión es menor lo que permite durante un breve lapso de tiempo, justo en el momento del disparo, que se separe la piel de la boca del cañón diseminándose parte del humo de negro y los gases de explosión. El efecto final de los gases de explosión será consecuencia de todos estos factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. DI MAIO V, DANA S. Manual de patología forense. Madrid:Díaz de Santos; 2003
2. Página del INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Disponible en www.ine.es
3. FATTEH A. Handbook of Forensic Pathology. Philadelphia:JB Lippincott; 1973
4. DI MAIO V. Heridas por arma de fuego. Buenos Aires:La Rocca; 2007
5. VILLALAÍN JD. Lesiones originadas por arma de fuego. En: Casas JD y Rodríguez MS, directores. Manual de Medicina Legal y Forense. Madrid:Collex; 2000
6. GISBERT JA, CASTELLANO Mª. Lesiones por arma de fuego y explosiones. En: Gisbert Calabuig JA y Villanueva Cañadas E, editores. Medicina Legal y Toxicología. Masson:Barcelona; 2004
7. KNIGHT B. Forensic Phatology. London:Edward Arnold; 1991
8. ASO J. Traumatismos craneales. Barcelona:Masson; 1999.