U N I V E R S I D A D D E C H I L E
FACULTAD DE MEDICINA SANTIAGO NORTE
DEPARTAMENTO (CATEDRA) DE MEDICINA LEGAL

MEDICINA LEGAL

DIRECTOR DR. ROBERTO VON BENNEWITZ G.
PROF. TITULAR DE MEDICINA LEGAL Y DE ANATOMIA PATOLOGICA GENERAL Y ESPECIAL.

W700
M489m
[19..?]
V.1
c.1

AUTORES:

DRES. Viviana Burgos Monroy (1-)
Renato Gutiérrez Acuña (2-)
Eduardo Olguín Sáex (3)
Eduardo Ramírez Morales (4)
Héctor Rodríguez Hernández (5)
Alfredo Vargas Baeza- Jorge Vidal Oltra (6-7)
Roberto Von Bennewitz Gotschlich (8)
Tomás Tobar Pinochet (9)

AYUDANTES Erwin Schmelzer Gerber (10)
Roberto Sepúlveda Hermosilla (11)
Jorge Varas Cortés (12)

Control de Drogas (Depto.) (13)
Col. Luis. H. Correa Soto (14)

Rn. 14266

Rep. 14266

MARC. 47611

INDICE DE MATERIAS

1.- ¿Qué es Medicina Legal? (8)
2.- Síntesis histórica (8)
3.- Esbozo histórico de la medicina legal en Chile (8)
4.- Metodología científica de la medicina legal (8)
5.- Disciplinas fundamentales en medicina legal (8)
6.- Servicio médico legal (8)
7.- Departamento de medicina legal de la Facultad de Medicina (8)
8.- Papel judicial del médico (8)
9.- Derecho - justicia (8)
10.- Derecho positivo (8)
11.- Organización de la justicia en Chile (8)
12.- Primera unidad (Aspectos de la asignatura de medicina legal en lo judicial, lo social y lo profesional; informe pericial, artículos en los que se basa la medicina legal; autopsia médico legal) (8) (6)
13.- Normas técnicas de orden práctico para la realización de los peritajes forenses (8)
14.- Lesiones (Traumatología forense) (8) (2)
15.- Alcances jurídicos acerca de la clasificación de lesiones corporales del Código Penal (8)
16.- Ejercicio Nº 4 (Autoevaluación) (8)
17.- Recomendaciones acerca del trabajo práctico en el peritaje de lesiones médico legales (8) (2)
18.- Maltrato inflingido a los niños (8)
19.- Elementos de doctrina jurídica chilena atingentes al maltrato inflingido a los niños (8)
20.- Clasificación y causas de muerte (8)
21.- El homicidio (doctrina) (8)
22.- Diagnóstico médico legal en los casos de muerte desconocida o sospechosa (8)
23.- Muerte general o somática (8)
24.- Ejercicio Nº 2 (Autoevaluación) (8)
25.- Modificaciones cadavéricas que es necesario considerar (8)
26.- Autopsia médico legal o judicial (8) (5)

¿Qué es Medicina Legal?

Para entender qué es Medicina Legal, fundamental es tener previamente, un concepto claro de Medicina, de Derecho y por último de las relaciones que existen entre las Ciencias Biológicas y el Derecho.

I.- Medicina: Medicina es aquella rama de la ciencia que tiene por fin establecer y aplicar normas y medios destinados a mantener el organismo humano en estado de salud, o devolverlo a él en caso de desequilibrio (enfermedad).

Para cumplir con sus fines, la Medicina se apoya en la Biología, es decir, aplica las leyes generales a que obedecen todas las manifestaciones materiales o energéticas de los seres vivientes. La tarea específica de la Biología es el descubrimiento de tales leyes; el fin supremo de la Biología es satisfacer la innata e insaciable curiosidad del hombre para alcanzar la explicación racional de todo lo existente y en particular de la vida, como medio de conocer el "por qué" de su propia existencia; y por último, como fin más inmediato tiene la Biología el ahondar el conocimiento de los seres vivientes para aplicarlo a la satisfacción de las necesidades de la vida humana y en pro del mayor bienestar del hombre.

En buenas cuentas, Medicina es la aplicación de las leyes biológicas a la conservación de la salud y la curación de las enfermedades en el hombre. Si bien las Ciencias Médicas, la Medicina, para sus fines de prevención de la salud y curación de las enfermedades aprovecha ampliamente de los adelantos de la Biología, ésta les debe a su vez, buena parte de sus progresos, por cuanto el hombre , entre todos los organismos, el que más ha sido y por ende el mejor conocido en su estructura y funcionamiento. Condición necesaria para la evitación y tratamiento de las enfermedades, es su conocimiento exacto: quien lo sustenta y lo investiga con la ayuda de fecundas fuentes de información, es la llamada Patología Humana.

La Patología Humana, rama de las ciencias naturales y raíz principal de la Medicina, estudia el cómo y el porqué de la enfermedad y los trastornos del desarrollo, procurando dar al médico los conocimientos necesarios para su reconocimiento y la comprensión de su esencia, de sus causas, mecanismos, curso natural y de sus consecuencias. La Patología Humana, considerada la doctrina de todo lo anormal y morboso, es en síntesis, el estudio de la naturaleza y causa de la enfermedad en el hombre y de los cambios de la forma, de la función y del metabolismo del sistema viviente causado por la enfermedad.

Médico es el que profesa con el debido título la ciencia médica. La profesión del médico tiene como cometido el ayudar a los pacientes en su curación y de proteger a los sanos contra la enfermedad. Cuatro son los problemas que este sujeto, versado en fenómenos biológicos y patológicos, debe resolver: la exploración, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (fijar la suerte de la enfermedad).

II.- Derecho: Derecho es la facultad natural del hombre para hacer dentro de la ley lo que le conduce a los fines de su vida. Derecho es la facultad para hacer o exigir todo lo establecido en nuestro favor por la ley o la autoridad o que el dueño de una cosa nos permita en ella. Derecho es lo justo, lo legítimo, lo razonable. Derecho es razón, equidad, obligación o deuda.

El Derecho es una fórmula científica, una ciencia integrada, reglamentada por la ley. Se denominan Ciencias Jurídicas a aquellas que estudian el Derecho. Jurídico significa "lo que se hace o está según forma legal o de derecho"; legal quiere decir " prescrito por la ley a ella".

Ley es "regla y norma útil de conducta, basada en sólidos principios que incluyen los de la Biología humana, encaminada al bien común y promulgada por quién cuida de la comunidad".

Piedras angulares del derecho penal son la consideración de los problemas de la imputabilidad y responsabilidad. Ambos, como se comprenderá más adelante, no se pueden afrontar con prescindencia de los postulados de la Biología científica; ellos ya de por sí justifican la existencia de una medicina legal.

Imputabilidad, en términos muy amplios, es la posibilidad de atribuir algo o alguien. En derecho penal se estima que es la capacidad o posibilidad de realizar actos culpables; las personas que pueden realizarlos se llaman imputables; las que no los pueden realizar inimputables. En la legislación chilena las causales de inimputabilidad son "falta de cabal sana y cabura", enajenación mental, privación temporal de la razón. La imputabilidad es definida más exactamente como "la capacidad de cometer culpablemente hechos punibles". Culpablemente se refiere a la voluntad finalista valorada como reprochable hecho, expresa acciones u omisiones. Por culpabilidad se da a entender la reprochabilidad de una acción típicamente antijurídica, determinada por el conocimiento, el ánimo y la libertad de su autor. Para establecer culpabilidad se requiere formular el llamado juicio de responsabilidad: el obliga a examinar, en primer término, la imputabilidad, en seguida debe indagar el contenido del conocimiento presente en la psiquis del sujeto que actuó, o sea, su aspecto volitivo. Por último, es preciso ocuparse de la motivación y circunstancias del acto, es decir, de su exigibilidad. Considerados todos estos aspectos, se pronunciará la valoración o juicio de reproche: la acción debe ser considerada culpable, en cuanto a la voluntad finalista que la guió (o lo contrario, en su caso).

Por responsabilidad penal se debe entender la obligación que pesa sobre el sujeto de sufrir las consecuencias (sanción o pena), que se derivan del hecho ilícito ejecutado voluntariamente. En nuestra legislación la culpabilidad que origina responsabilidad penal es el llamado "dolo". Dolo es, en síntesis, la voluntad finalista valorada, calificada como reprochable.

III.- Relaciones entre C. Biológicas y Derecho: En derecho las relaciones biológicas jurídicas están presentes en una serie enorme de normas y disposiciones estatuídas, también son numerosas las leyes no codificadas que se refieren a asuntos del mismo orden. Nuestro Código Civil contiene numerosas disposiciones biológicas-jurídicas claramente planteadas, como ser: la que otorga derechos a los hijos que están por nacer, las que definen el nacimiento, las que establecen los requisitos de la personalidad legal, las que se refieren a la capacidad individual y su modificación por causas congénitas o sobrevivientes, las que legislan el matrimonio, capacidad para contraerlo, impedimentos, causales de divorcio, etc. las que se refieren a la muerte y sus consecuencias jurídicas.

El Código Penal tiene, y lo sabemos, como piedras angulares la consideración de los problemas de la responsabilidad y la imputabilidad; en ellos se insertan variados y difíciles temas de la Biología y la Patología humana.

En realidad son tantas las relaciones que existen entre las C. Biológicas y el Derecho que puede afirmarse, sin caer en exageración, que no es posible resolver ninguna materia jurídico-social sin la consideración primordial de los principios de las ciencias biológicas, como aparece de manifiesto en nuestro país, en la organización de los Servicios de Sanidad Pública, Caja de Previsión, Medicina Preventiva, S.Social, etc.

El Derecho, la ley, la justicia de los hombres, para cumplir con su razón de ser, para poder ser aplicada, para no ser burlada, debe estar fundamentada en sólidos valores y principios científicos, fundamentalmente biológicos. No sólo la dictación de las leyes, sino también su interpretación y aplicación requieren de una amplia y profunda consideración biológica.

Medicina Legal:

Pese a todo lo expuesto, la asociación de los términos "Medicina y Legal" sorprende a primera vista. Tal asociación resulta menos misteriosa al recordar, de lo dicho anteriormente, que es el juez la persona encargada, en nombre de la sociedad de hacer respetar los derechos del hombre, que estos derechos muchísimas veces tienen carácter biológico, y así para obtar juicios oscuros, condenas abusivas, errores judiciales, errores de la administración de justicia, el juez técnico del derecho, precisa ser informado por persona que estudia los fenómenos biológicos y patológicos. Pero, ¿qué puede esperar el Juez del pensamiento biológico puro estricto?

Este difiere, desgraciadamente del pensamiento jurídico en numerosos puntos; la Biología es a menudo vacilante, indecisa, perpleja, ya que su misma esencia es una incógnita: la vida. Por lo tanto, el razonamiento biológico lleva consigo siempre una parte de reserva, de incertidumbres y de duda; Por el contrario el pensar jurídico es preciso, conciso, justo, porque está encuadrado en los textos, códigos, leyes, que son de elaboración humana y por lo tanto comprensibles.

Los juristas se preocupan de organizar la vida encuadrándola dentro de los cuadros rígidos de la ley; los biólogos buscan su comprensión. Aparentemente hay divergencia entre las dos tendencias, la biológica y la jurídica: por ello se deben asociar en un cierto número de casos de la correcta administración de la Justicia.

Si el derecho moderno muestra una colaboración cada vez más íntima entre la ciencia biológica y la ley, entre el Juez y el técnico, el jurisconsulto y el perito, la inteligencia médica en el derecho positivo puede tener sus riesgos, pues la precisión de certitud y necesidades jurídicas sobrepasan frecuentemente las posibilidades de las ciencias médicas; las interferencias jurídico-biológicos precisan de vigilancia y control.

Y tenemos que es la Medicina Legal, disciplina que como rama independiente de la Medicina comienza a diseñarse desde el siglo XVI, a quien compete la misión de tender un puente entre el pensar jurídico y el biológico. Aparece así la Medicina Legal como una disciplina médica (Biología, Patología) que presta concurso necesario a la ejecución y dictación de la ley. La Medicina Legal puede ser definida como una rama científica de la Medicina y de las Ciencias Jurídicas, experimental y de aplicación que estudia los principios biológicos y físicos-químicos para la dictación y aplicación de las leyes.

Sí, la Medicina es indispensable a la Justicia, y además, sin Medicina no habría justicia. Esta sería muy a menudo irrealizable si no estuviera informada por médicos especialistas, llamados médicos legistas o médicos peritos.

Es a los Tribunales penales y civiles que la Medicina Legal "clásica" aporta su ayuda o asesoría técnica, ésta se cumple mediante la emisión del llamado peritaje médico legal que se realiza a petición del Juez. En el proceso o juicio penal o civil se producen, muy frecuentemente situaciones o problemas que requieren el establecimiento de hechos relativos a problemas técnicos de orden médico, que escapan al conocimiento de los jueces. Esto precisa la intervención de personas versadas o especializados en dichas materias, los llamados peritos médicos que son designados conforme a las reglas dadas por los Códigos de Procedimiento respectivos.

Se define el "informe de peritos" como un medio de prueba que consiste en oír dictamen de personas que tienen versación sobre materias determinadas médicas o de otras ciencias o artes. El peritaje médico legal, que es el que nos interesa, no es sino un informe de peritos referentes a cuestiones o principios de la Medicina Legal. El peritaje médico legal (es un testimonio escrito, de orden técnico, concerniente a un hecho judicial, en el que se exteren las causas, las circunstancias y las consecuencias). Es emitido a solicitud de un Juez o de un Tribunal y bajo prestación

de juramento. Su objetivo es servir a la verdad. Su importancia es grande, puesto que inspira esclarecimiento, y a veces exclusivamente, las decisiones de la justicia.

El peritaje médico legal ayuda a ver problemas judiciales de orden médico; es un importante medio de prueba en la investigación del hecho que trata de esclarecer el juicio o proceso penal o civil. (Otros medios de pruebas en ambos juicios son: la confesión, la prueba de testigos, los documentos, la inspección del Tribunal y las llamadas presunciones legales). Las partes de que consta (descripción, relación, conclusiones), y la fuerza o valor probatorio de este dictamen está reglamentado por los Códigos respectivos. En materia civil los peritos son designados por las partes y, a falta de acuerdo, por el Juez. En materia penal el nombramiento corresponde siempre al Juez.

En nuestros días estamos asistiendo a una importante evolución de esta disciplina, porque la idea de Justicia no se limita únicamente al Derecho Penal y al Civil. La Medicina Legal "contemporánea" ha adquirido enorme importancia social. Cuando emprende el estudio del criminal, de sus reacciones antisociales, de sus actos y de sus consecuencias médicas y biológicas, de su identificación, de su responsabilidad penal, de su reeducación, es Medicina Legal Judicial y Criminológica. Cuando aporta su contribución y métodos para resolver dificultades surgidas en la aplicación y funcionamiento de las leyes sociales, es Medicina Legal Social. Cuando se ocupa de los derechos y deberes profesionales del médico, es Medicina Legal Profesional, complemento necesario de la Medicina Clínica.

Para satisfacer a sus complejas y múltiples actividades, los que cultivan la Medicina Legal prestan los conocimientos de Patología, Psiquiatría, Biología, Criminología, Sexología, así como también los correspondientes al Derecho, Jurisprudencia, Sociología, etc. Utilizan también los métodos, técnicas y medios muy variados de la anatomía normal o patológica, de la microscopía, de la clínica, de la serología, de la entomología, de las ciencias físicas y químicas.

La importancia del estudio de la Medicina Legal es enorme y se revela bajo variados enfoques:

a.- Desde el punto de vista del médico: Habilita a los profesionales para asesorar a los Tribunales de Justicia como peritos en los múltiples problemas de orden técnico que se le presentan, especialmente para calificar ciertos delitos o para apreciar el grado de capacidad o responsabilidad que debe atribuirse a una persona determinada. Habilita técnicamente generalmente a los médicos a los que son confiadas altas funciones de justicia social, sea como médicos legistas, como médicos peritos, como profesionales, dispensando derechos y prestaciones otorgadas por las leyes médico-sociales de asistencia o protección.

A través de sus estudios médicos legales, el médico adquiere un espíritu jurídico social, adquiere la noción del derecho médico social, de su jurisprudencia y de sus repercusiones sociales.

El desarrollo de las leyes sociales, ha creado un derecho social. Existe pues, una Justicia Social, factor evidente de paz, para cuya administración es indispensable el concurso de capacitados médicos; las leyes sociales serían inaplicables sin ellos. En efecto el médico moderno se transforma diariamente en árbitro de conflictos técnicos que surgen en el planteamiento de las leyes médico sociales. Su diagnóstico llega a ser un verdadero veredicto de gran repercución individual y social; los informes, certificados y testimonios que se le solicitan permiten asegurar el reparto y asignación justa de los cuidados, descansos, pensiones, socorros, ventajas sociales, a los que tienen derecho los asegurados o asistidos sociales (enfermos, heridos o incapacitados, víctimas del trabajo, etc) y cuantos están sujetos a leyes médicas.

Por último, la Medicina Legal hace adquirir al médico clara conciencia de sus propios derechos y deberes profesionales.

b) Desde el punto de vista del ejercicio de la profesión del abogado . La Medicina Legal, constituye una herramienta valiosa para el defensor ya que le permite demostrar el valor exacto que puede tener un informe pericial o dirigir su defensa de acuerdo con los verdaderos postulados científicos en vigor.
c) Desde el punto de vista de los jueces: Debe considerarse primeramente que no es posible administrar buena Justicia sin que el magistrado esté capacitado para comprender y justipreciar los problemas de orden técnico que puedan ser sometidos a su conocimiento. Por otra parte, no hay que olvidar que conforme a nuestra ley, los informes periciales o de peritos quedan sometidos a la valoración y apreciación de los jueces , quienes no están obligados a aceptar las conclusiones a fardo cerrado.
d) Por último, desde el punto de vista legislativo, parece innecesario recalcar la gravedad que entrañaría la dictación de una ley con desconocimiento de los principios biológicos médicos, ya que ella estaría destinada a nos ser aplicado o a ser burlada.

Hasta aquí, que es Medicina Legal y su importancia. Punto de contacto entre el Derecho y la Medicina, el hombre y la Sociedad, la Medicina Legal aparece con una triple complejidad por su naturaleza médica, caracter y espíritu jurídico. No, la Medicina Legal no es una disciplina ingrata, macabra, como algunos creen y otros-as la practican; es por el contrario, vivaz, realista, apasionante, porque se abre ampliamente a la vida social; contribuye esta disciplina a formar hombres enamorados de la ciencia, de la verdad y de la Justicia.

SINTESIS HISTORICA

La Medicina Legal es una ciencia relativamente nueva, aunque sus esbozos aparecen ya en la antiguedad. Pero entonces más que una materia independiente, consistía en el estudio aislado de algunas cuestiones. Su individualización y perfeccionamiento han respondido a una transformación simultánea del espíritu de la Medicina, cada día más interesada en los problemas de alcalce colectivo. Y si la salud física de la sociedad ha desarrollado la Higiene y la Medicina Social, su salud moral, que tiene en la Justicia una de las bases más sólidas, ha desarrollado la Medicina Legal. Como Borri lo ha hecho notar, "debido a la limitación de la ciencia y la práctica médica a los problemas de la medicina individual, no podían, no debían llegar sino muy tardíamente el contacto y el encuentro de las disciplinas jurídicas y estatales con las dirigidas al estudio del organismo humano en el estado de salud y de enfermedad". Y es evidente que de ese contacto se beneficiaron por igual las ciencias médicas y las jurídicas.

Como resultado de la forma un poco desordenada de su evolución, no es fácil exponer con método una historia de la Medicina Legal. En realidad la Medicina Legal no tiene vida y evolución autónomas y de ese modo, su historia marcha paralela y directamente vinculada con la historia de la Medicina y de la organización legal de la Justicia.

Siguiendo un poco la concepción de Comte sobre los tres estados de la evolución de la ciencia (religioso, metafísico y positivo), puede dividirse la historia de esta materia también es tres períodos:

a) Primer período: abarca las épocas primitivas hasta el imperio romano (ley del talión, libros sagrados).

b) Segundo período: se inicia con la obra de los jurisconsultos romanos, comprende ya una legislación regular. Aparecen después las capitulares de Carlomagno, los juicios de brujería, las leyes carolinas y los progresos científicos y políticos de ese siglo y el siguiente, que impusieron la intervención pericial de los médicos ante la justicia.

c) Tercer período: arranca del siglo XVIII hasta la actualidad. Es el período propiamente científico.

En el primer período o período "ficticio" la Medicina Legal cuenta con los siguientes antecedentes históricos: disposiciones dispersas en las colecciones de índole religiosa (la Biblia, el Código de Hamurabi, el Avesta, el Código de Manú). Especialmente vale citar las reglas dadas por Moisés, en el Levítico sobre la forma de conocer la virginidad de las mujeres, sobre los delitos de sodomía, de violación y de estupro, sobre la descripción de las llamadas "impurezas" (enfermedades venéreas) y sobre las menstruaciones.

Antecedentes históricos de la Medicina Legal del segundo período son:

1) Las reglas de Hipócrates sobre plazos de gestación adoptados por el Código denominado Ley de las XII Tablas (primera legislación escrita de los romanos, publicada en el año 450 a de J.C., y grabada en doce tablas de bronce. Era obra de los decenviros, nombre dado en Roma a los diez magistrados nombrados poco tiempo después del establecimiento de la república para preparar dicho código legal).

2) Las disposiciones existentes en Roma que obligaban a exhibir públicamente los cadáveres de personas muertas por causas sospechosas, para que los expertos manifestaran su opinión, como se procedió en Germánico, con Escipión el Africano, con Julio César, etc.

3) LaLey de Numa Pompilio que hacía obligatoria la "histerotomía" de las mujeres embarazadas que fallecían antes del parto, para salvar la vida del hijo; esta operación es llamada vulgarmente, hasta nuestros días, la "operación cesárea", por decir la leyenda que en dichas condiciones llegó al mundo el emperador Julio César.

4) Aparecen después las capitulares de Carlomagno . Capitulares se denominan la colección de las ordenanzas publicadas por los reyes carolingios de Francia. Las más notables son las de Carlomagno (742 - 814), rey de los francos y emperador de Occidente. Carlomagno o Carlos I, la más importante figura de la Edad Media, como legislador procuró en lo posible imitar el imperio romano.

Posteriormente aparecen los ya mencionados juicios de brujería y, en el siglo XVI, las leyes carolinas.

- Durante la Edad Media (siglo V de la era vulgar, hasta la mitad del siglo XV), la M. Legal pasa por un período de obscurantismo y dominan los prejuicios religiosos: se prohiben las autopsias, porque se teme que las almas de los cadáveres mutilados puedan verse privadas del cielo. No obstante, es posible citar los siguientes hechos:

a) El edicto de Godofredo de Bouillon, llamado comúnmente "les Assisses de Jerusalém", dictado durante la Cruzada a Tierra Santa (año 1100), el cual establece el peritaje médico legal;

b) Las disposiciones del Fuero Juzgo y de las Siete Partidas sobre impotencia, embarazos, partos prematuros, virginidad, locura, etc;

c) La legislación de la Iglesia Católica Romana sobre la indisolubilidad del matrimonio y las pruebas de su nulidad por impotencia, que dieron lugar a las llamadas "pruebas del congreso", o sea demostraciones públicas de virilidad;

d) La autorización concedida en 1374 a la Facultad de Medicina de Montpelier para abrir los cadáveres;

e) La organización en Paris de "El Chatelet", por orden de Felipe el Hermoso (1478 - 1506, archiduque de Austria y rey de Castilla en 1506), que da nacimiento a la Medicina Forense, por tratarse de un asesor de los Tribunales de Justicia.

- En realidad, el momento de iniciación seria de esta disciplina corresponde a la época del Renacimiento , época de renovación literaria, artística y científica que se produjo en Europa en los siglos XV y XVI. Más exactamente, la Medicina Legal, como rama independiente de la Medicina, solamente comienza a diseñarse en el siglo XVI, simultáneamente con el desarrollo general de muchas otras ciencias, bajo el impulso intelectual de aquel siglo, favorecido también por el perfeccionamiento y la difusión de la imprenta. Lo,que había antes carece de valor científico médico, aunque pueda tener gran valor jurídico, como el derecho romano.

En cambio, en la segunda mitad del siglo XVI se producen dos acontecimientos importantes. Uno es legal: la legislación carolina, en el reinado de Carlos V (1532), que establece la intervención médica obligatoria en ciertos asuntos. (Carlos V, que vivió de 1500 - 1558, era hijo de Felipe el Hermoso y de Juana la Loca, fue rey de España en 1516 y emperador de Alemania en 1519). El otro acontecimiento importante es bibliográfico: la obra de Ambrosio Paré (1575), donde se abordan diversas cuestiones médico legales (asfixias, heridas, embalsamamientos, virginidad, etc), entre muchas cuestiones de cirugía. Poco después, Juan Felipe Ingrassia escribió en Italia (1578), dejándolo inédito, un trabajo de conjunto en el mismo país Fortunato Fedele (1598), también siciliano, publicó una obra sobre temas de esta materia. Pero es durante el siglo XVII con Pablo Zacchia, también italiano. cuando la Medicina Legal adquiere un cuerpo serio de doctrina.

expuesto en su obra fundamental "Cuestiones médico legales" publicada en 1621, en tres volúmenes. Entre ellos se trata de los partos, demencia, muerte, venenos, impotencia, milagros, etc. De estos antecedentes resulta que Pré, por la prioridad, y Zacchia, por la importancia de su obra son los verdaderos creadores de la Medicina Legal, que tiene así su origen en Francia e Italia, dos países donde hasta la actualidad ella ha tenido siempre cultores de valor.

A partir de entonces y sobre todo después por las transformaciones que la revolución francesa produce en la administración de la Justicia y en la codificación, la Medicina Legal se perfecciona, se organiza como estudio serio en las universidades y como aplicación práctica indispensable en los juicios. Esa ha sido la obra de los siglos XIX y del actual. En esta evolución la M. Legal ha ido haciéndose más concreta en sus métodos, más en sus fines, tiende a abandonar la declamación y el y el subjetivismo pericial y aprovecha todo lo que puede las conquistas de las ciencias afines. Con ella, la medicina ha adquirido una perspectiva intelectual más amplia y las ciencias jurídicas, especialmente el derecho penal, una mayor consistencia. En esta vasta obra, conviene recordar los nombres de Orfila Devergie, Tardieu, Legrand du Saulle, Foderé, Brovardel, Thoinot, Lacassagne, Balthazard, en Francia; Puccinotti, Lombroso, Ziino, Filippi, Tamassia, Severi, Carrara, Oftolenghi, en Italia; Casper, Liman, Strassman, en Alemania; Hofmann, Haberda, en Austria; Taylor, en Inglaterra; Minovici, en Rumania; hecha - Marzo, Maestre, en España; Bokarius en Rusia; Oscar Freire, Nina Rodriguez, en el Brasil; Nevio Rojas, en Argentina; Alfredo Vargas B. en Chile.

En Chile, la Medicina Legal ha marchado también siguiendo dos vías de evolución: la universitaria y la judicial; la primera ha tenido siempre por centro la Cátedra de M. Legal y la segunda lo ha tenido en los Tribunales de Justicia.

ESBOZO HISTORICO DE LA MEDICINA LEGAL EN CHILE

En la Colonia y en los primeros cincuenta años de la República el ejercicio y la autoridad de la Medicina dependían del Protomedicato. Prácticamente no había estudios de Medicina y el árbitro de todas las cuestiones era el Protomédico.

El Protomedicato era una institución española que existía según reglas de la Novísima Recopilación dictada por los reyes españoles; existió en Chile, excepto en breves períodos de la Independencia, hasta el año 1875. Esta institución tenía facultades docentes, inspectivas y a veces judiciales; pero todo ésto en referencia con el ejercicio profesional; no se encuentran datos referentes asi el protomedicato desempeñaba funciones médico forenses. Sin embargo, es razonable suponer, que como el protomédico era la más alta autoridad médica pudo haber desempeñado el papel médico legal.

El 17 de Abril de 1833 marca una fecha histórica para la Medicina Legal Chilena, pues nace la Escuela de Medicina, y se abre el primer curso de Medicina creado por el Ministro don Joaquín Tocornal. En este curso, don Guillermo Blest, protomédico y profesor, pronuncia una lección inaugural de importancia. El curso duraba cinco años y los profesores eran tres para todas las Cátedras. La Medicina Legal figuraba en el quinto año. No es de extrañarse que ya en la fundación de nuestra Escuela, figura la Cátedra de Medicina Legal, que sólo en muy pocos paises europeos se había creado. Viena fué la primera Universidad alemana que fundó en 1805 una Cátedra de Medicina Jurídica y Policía Sanitaria, bajo la influencia de Frank. La Universidad de Edimburgo fué la primera que la creó en el Reino Unido, el año 1807, siendo su primer profesor y creador Andrés Duncan, médico de gran prestigio. Le sucedió el año 1822, Critison, quién fué por más de cincuenta años una autoridad médico legal.

...

Es posible que con alguno de estos ilustres profesores hubiese estudiado medicina legal don G. Blest, de ahí que sea explicable que su enseñanza haya figurado en nuestra recién establecida Escuela de Medicina.

Guillermo Blest ha sido considerado por muchos el padre de la Medicina Chilena. No tenemos datos sobre su actuación como profesor de Medicina Legal de la más antigua cátedra latinoamericana.

El año 1851 el Dr. Blest se retira de la enseñanza siendo reemplazado, por el Dr. Juan Miquel; éste debía enseñar las asignaturas de Patología, Clínica Médica, Materia Médica, Terapeútica y además Medicina Legal y Toxicología.

En el año 1860 se modifica el plan de estudios en la Escuela: se comienza a abrir los cursos de Medicina cada dos años, en vez de tres como al nacer y se aumenta el número de profesores de cuatro a seis. Así llega a profesor de Medicina Legal y de Fisiología el doctor Vicente Padín Nada sabemos de la actividad del Dr. Padín como profesor de Medicina Legal, porque se dedicó de preferencia a sus actividades docentes en Fisiología llegando a publicar un tratado de dicha especialidad. Fué sin duda un médico de sólido prestigio y siendo Decano se preocupó de las profesiones de sangrador o flebótomo y de dentista para los cuales hizo aprobar un plan de estudios el año 1863. Para esta Cátedra secundaria de flebotomía y de dentística, fué nombrado profesor el Dr. Pablo Zorrilla.

A la muerte del Dr. Padín, en 1868, se nombró profesor de Medicina Legal y de Fisiología al Dr. Pablo Zorrilla. Debido a la iniciativa del ilustre profesor José Joaquín Aguirre se logró decretar un nuevo plan de estudios hacia el año 1878. Gracias a ello, el curso de medicina comenzó a funcionar cada año y además se produjo un cambio en el profesorado. El profesor de la Segunda Cátedra de Anatomía, Don Valentín Saldías, pasó a desempeñar la Cátedra de Fisiología y fué así como el profesor Pablo Zorrilla se quedó desempeñando solamente la Cátedra de Medicina Legal.

....

Don Pablo Zorrilla, por lo mucho que destacó y valorizó la enseñanza médico-legal, puede ser considerado con justicia el primer auténtico Profesor de Medicina Legal de nuestra Escuela.

Zorrilla se había recibido de médico en 1862, pero como estudiante había sido desde 1859, director, puesto que ocupó hasta 1865. En 1863 se presentó junto con Murillo y Valderrama, al concurso de Patología Externa, en que se colocó en condiciones que hicieron vacilar el fallo de sus jueces; ese mismo año fué elegido miembro de la Facultad de Medicina, el médico más joven que la Facultad ha honrado con sus votos.

En 1865, fué nombrado profesor de Flebotomía y Dentística situación secundaria en nuestra Escuela y que él aceptó con una triste resignación. Al año siguiente, mientras José Joaquín Aguirre desempeñaba la Cátedra de Clínica de Quirúrgica, fué nombrado en su reemplazo profesor de Anatomía. Fué redactor de la primera revista médica publicada en Chile, "El Médico Práctico", fundada por Padín en 1867 y en 1868, a la muerte de Padín, fué nombrado profesor de Medicina Legal y de Fisiología. Finalmente como se ha señalado vive exclusivamente dedicado a la docencia de la Medicina Legal.

El profesor Orrego Luco al apreciar la labor del nuevo profesor de Medicina Legal Dr. Pablo Zorrilla anota: "Zorrilla no era un advenedizo en el ramo que nos iba a enseñar. Desde muy temprano la Medicina Legal había tenido en él un interés muy vivo. Uno de sus primeros trabajos publicadosen los Anales de la Universidad en 1859 había sido el estudio de "Un suicidio considerado anatómica y patológicamente". Fué curioso y bien calculado el método de enseñanza seguido por Zorrilla. Principió por hacernos un rápido resumen de los capítulos en que se estudialla sofocación, el ahogamiento, la estrangulación, todos los casos en que hay comprobación anatómica. Así nos encontramos luego en situación de poder utilizar todos los casos, en que la desgracia o el crímen nos permitían hacer estudios prácticos. Y cuando llegaba uno de los casos de asfixia o de ahorcamiento, etc., entonces no sólo reconocíamos en el cadáver las lesiones anatómicas y estudiabamos sus caracte-

...

les distintivos sino también entraba Zorrilla en un estudio más amplio y completo de la cuestión médico legal. Pero lo que había para nosotros de más interes ante en esa clase eran los procesos a que habían dado lugar esas cuestiones. Zorrilla tenía una voluminosa colección de causas célebres, que nos llevaba para ilustrar sus explicaciones y darnos una idea de la tramitación y los procedimientos judiaciales. Esas historias vivas, generalmente dramáticas, ese interés curioso con que se sigue siempre el desarrollo de un crimen, le daban a las clases de Zorrilla la atrayente animación de un folletín".

Su prematura muerte en Enero de 1883 fué lamentada profundamente por todos y en la Revista Médica se encuentra un artículo necrológico firmadp por R. Gibbe que en parte dice: "Maestro severo e incorruptible, el doctor Zorrilla ha bajado a la tumba legándonos un nombre que debe ser un ejemplo. Therenot, el maestro de cirugía, dijo que no comprendía cómo se había contratado un profesor de Cirugía en Europa, cuando en Chile había un hombre de la talla de Zorrilla."

Todo lo expresado revela la grandeza de un médico que era Profesor de Medicina Legal y que dió a su enseñanza un brillo extraordinario.

El profesor de Medicina Legal Había muerto y la Cátedra de Higiene estaba vacante; entonces el Consejo Superior de Instrucción, acuerda nombrar un sólo profesor para ambas Cátedras. Esto provocó gran revuelo y protestas de los médicos y así el profesor M. Ugarte publicó en la Revista Médica un violento artículo contra esta perjudicial medida para la enseñanza. No hay duda que el profesor Ugarte tenía toda la razón, pero este mismo hecho existía en otros paises, como en Francia donde el muy ilustre profesor Foderé era profesor de Medicina Legal y también de Higiene en la Universidad de Estrasburgo, hacia mediados del siglo 19.

Felizmente el nonbramiento de profesor de ambas Cátedras (1883) recayó en un médico que dió prestigio a ambas disciplinas, el Dr.Federico Puga Borne que a la sazon contaba con 28 años de edad. Este nuevo profesor era un médico que ejercía en Valparaíso y que había tenido la oportunidad de ocuparse de cues-

que llamaron la atención por su sólida arquitectura científica uno era: "Un informe médico legal acerca de dos exhumaciones (en compañia de los Dres. Cannon, Thiele y v. Schroeders).

Entonces la Medicina Legal era una enseñanza absolutamente teórica y Puga Borne se ciño al texto de Le Grand du Saulle; quiso darle una orientación más práctica, pero se carecía totalmente de medios, de Instituto Médico Legal, de laboratorios, etc. Procuró llevar a sus alumnos a la antigua Morgue, situada en Teatinos cerca de Mapocho y allí con la venia de los médicos de ciudad que eran los médicos legistas, presentaba casos interesantes de homicidio, de suicidio, etc. Además procuraba presentarles casos de locos criminales.

Muy pronto publicó dos libros interesantes que fueron el testimonio de su brillante enseñanaa. Estos libros fueron "El compendio de Medicina Legal" y "Elementos de Hïgiene ".

Al ser nombrado Ministro el año 1890, lo reemplaza por un año el Dr. Octavio Maria en la Cátedra de Medicina Legal y el Dr. Emilio Petit en la Higiene.

Después, el profesor Puga B., retorna a sus clases hasta el Año 1896 en que fué elegido senador por Chillán, debiendo renunciar a sus Cátedras por incompatibilidad.

Fué entonces, el 23 de Agosto de 1897, nombrado profesor de Medicina Legal el Dr. Gregorio Amunátegui, sin duda era ésta una situación transitoria para el Dr. Amunátegui, que siendo Jefe de Clínica Quirúrgica aspiraba por el sendero quirúrgico llegar a profesor de Clínica, lo que consiguió algunos años después dando gran valor y prestigio a la Facultad.

Una circunstancia feliz le permitió al nuevo profesor de Medicina Legal desempeñarse con acierto singular, aumentando sus extraordinarias dotes de docente. En su permanencia en París había asistido a un curso completo de Medicina Legal dictado por el maestro de maestros de la Medicina Legal : el profesor Brovardel. Muy bien supo utilizar el profesor Amunátegui estas enseñanzas y experiencias en la tarea docente. Pero como antes, existió la tacha de ser ella excesivamente teórica debido a la carencia absoluta de medios y recursos. El profesor Amunátegui pronto es

...

nombrado profesor de Cirugía y entonces llega a la Cátedra de Medicina Legal, como Profesor Titular el Dr. Carlos Ibar de la Sierra. Esta fecha fué el 10 de Mayo de 1901, fecha histórica trascendental para el destino de la Medicina Legal de Chile.

Con el Dr. Ibar comienza un nuevo ciclo histórico científico y docente para la Medicina Legal. Con este maestro adquiere la Medicina Legal toda su importancia universitaria, médicojurídica y social, su alto rango científico y docente y destaca el valor inmenso que tiene para la Justicia.

Hasta el Profesor Ibar la Medicina Legal en la Escuela de Medicina fué una simple enseñanza teórica, sin elementos de investigación y de práctica, reducida a disertaciones sin duda interesantes y muchas veces brillantes, que desde el primer tiempo se enseñaba en nuestra Escuela, y tuvo profesores excepcionales como los doctores Pablo Zorrilla y Federico Puga Borne.

Pero la Medicina Legal no es una simple disertación, ni de expertos y emocionados análisis de procesos y causas célebres. La Medicina Legal es una actividad científica en que los conocimientos médicos se ponen al servicio de la Justicia. Pero los conocimientos médicos para ser útiles a la Justicia, deben estar dotados de un sentido especial dados por la investigación científica, por la práctica y por el criterio. Por eso la Medicina Legal para ser útil debe disponer de este método, que es en el fondo una verdadera clínica médico legal. Y justamente este método y ésta clínica médico legal debe ser el objeto fundamental de la investigación y de la enseñanza de este ramo de las ciencias médicas.

No puede ser buen médico legista cualquier médico experto en la práctica de su especialidad. Muchas grandes autoridades de la Medicina han fracasado al emitir un informe médico legal, porque han carecido del método y de la clínica médico legal, que se adquieren con el estudio, la práctica y la investigación científica. Trascendental fué el advenimiento a la Cátedra del doctor Carlos Ybar. Su carrera docente y creadora puede así resumirse: Siendo estudiante de Medicina fué enviado por el Gobierno de don Domingo Santa María a realizar sus estudios en las Universidades alemanas.

Hizo todos los cursos de Medicina en la Universidad de Breslau, hasta obtener su título de médico del Estado alemán. En Breslau tuvo la honra de ser ayudante oficial de la Clínica de Dermatología y Sífilis del profesor Neisser y también de la de Enfermedades de Niños del profesor Soltmann. "Allí aprendió a conocer bajo el microscopio el gonococo recién descubierto por su jefe, la patología etc. En las grandes clínicas alemanas se empapó en la corriente científica de la época y así, gozoso con el enorme bagaje de sus conocimientos retornó a la patria. Venía pleno de ideales con ansias de hacerlos fructificar; soñaba con una Universidad grande, seia y científica, de investigación y profesionalismo selecto; con un profesorado digno de ella por su amor a las ciencias y a las artes y con un alumnado entusiasta y ansioso de comprender y conocer". Y así muy pronto dió varias conferencias universitarias, " que dedica a los estudiantes de Medicina y a los jóvenes médicos que lo han estimulado".

En Chile el Dr. Carlos Ibar comenzó sus labores docentes y de médico, junto al profesor de Clínica Médica Dr. Wenceslao Díaz. Hizo numerosos cursos de Semiología y Clínica Propedeútica. Fué profesor suplente de Patología General y en Octubre de 1895, profesor suplente de Clínica Médica. En Abril de 1896, al fallecimiento del profesor W. Díaz, fué elegido profesor interino de la misma Clínica. (S. de Medicina del Hospital San Juan de Dios, cuna de la enseñanza médica en Chile).

Amaba la enseñanza de la Clínica Médica, ella era su más auténtica vocación; era antes que nada y sobre todo, un clínico, un gran clínico.

En realidad su vida de médico estaba orientada hacia la clínica y sin duda habría sido un profesor eminente de Clínica Médica, pero, la Facultad de Medicina, como un reparo a la injusticia lo nombró Profesor Titular de Medicina Legal el 1º de Marzo de 1901. Muchas veces recordó el Dr. Ibar con un dejo de amargura este pasaje de su vida diciendo "asi se hacen las cosas en Chile, me han nombrado profesor de una Cátedra que nunca había estudiado y en cambio no han querido que fuese aquello para lo cual yo estudié".

El Dr. Ibar se sintió apasionado por el es-

Pero el Dr. Ibar era hombre apasionado por el estudio y se entregó de lleno a sus nuevas tareas y afanes. Era el prototipo del hombre nacido para construir, para crear. Y como en él había un hondo sentido de probidad intelectual y moral, muy pronto partió de nuevo hacia la vieja Europa, con sus propios bienes, a fin de prepararse cumplida y sólidamente en la materia que tenía que enseñar y poder así cumplir todo lo que le señalaba su deber de catedrático culto y científico.

Es necesario destacar que en materia de Medicina Legal todo estaba por hacerse en Chile. El Profesor no disponía de nada, ni laboratorios, ni anfiteatros de autopsias, ni locos delincuentes, ni elemantos de ninguna clase. Así, la enseñanza no podía ser otra cosa que una recitación en una sala cualquiera.

El Profesor Ibar se compenetró de la urgencia de crear y organizar los servicios médico legales del pais.

¿Que habbía hasta entonces en Chile, en materia de servicios Médico Legales?: Prácticamente sólo existía en la Escuela de Medicina una Cátedra de Medicina Legal, absolutamente teórica e ineficaz para el desarrollo de la ciencia médico legal, y además en ciertas ciudades como Santiago, una Morque o depósito local público de cadáver, para su exposición, reconocimiento o autopsias. Este local miserable, la Morgue de Santiago estaba situada en calle Teatinos a un costado de la Cárcel Pública, allí hacian sus reconocimientos y autopsias los médicos de la ciudad que eran los encargados de las pericias médico legales. Esta tarea hab´a sido fijada a los médicos de ciudad por un reglamento del Presidente Balmaceda de fecha 31 de Diciembre de 1887, lo que ha hecho que algunos consideren esta fecha como la de creación de los servicios médico legales (Este reglamento disponía: " informar a la autoridad administrativa y judicial sobre las autopsias y reconocimientos que fuesen necesarios, así como del estado mental de las personas que estuvieren detenidas para ser remitidas a la Casa de Orates".). Otros, han creido que el protomedicato no pueden atribuirle ninguna relación con funciones médico legales. En verdad los médico de ciudad han sido los primeros servidores médico legales pero jamás constituyeron un servicio médico legal. El Servicio Médico Legal solo vino a cobrar existencia através de la ac-

...

tuación [illegible]

tuación tesonera e incansable del Profesor Titular de Medicina Legal Don Carlos Ibar.

La tarea que el Dr. Ibar se había impuesto era dura e ingrata. Había que crear el Instituto Médico Legal y los Servicios Médico Legales del país, todo prácticamente de la nada. Es cierto que en muchos paises de Europa existían Institutos de primer orden que realizaban una tarea científica y docente encomiables.

El Profesor Ibar se puso a la labor con toda la tenacidad de su alma y con gran espíritu de luchador.

El 30 de Agosto de 1915 se obtiene la promulgación del Decreto Reglamentario Nº1049, del Ministerio del Interior; éste en su Artículo 1º, establece que "La Morgue de Santiago funcionará bajo la dirección del Profesor de Medicina Legal, él tendrá el título de Director sin derecho a mayor remuneración.Además dispone el traslado de la antigua Morgue de la calle Teatinos a su nuevo local de la Avenida de La Paz que había sido comprada a la Junta de Beneficiencia de Santiago el 31 de Diciembre de 1905. Por este importante decreto se estructuran y organizan, por primera vez, los Servicios Médico Legales.

El año 1917 se inician los trabajos de construcción del Instituto según planos semejantes a los del Instituto de Copenhague, bajo la dependencia del Ministerio de Justicia. Luego se observa que los trabajos marchan mal y pasan el año 1919 a la Dirección de Obras Públicas, que los continúa en una forma que no peca de expedita ni rápida.

El Dr. Ibar que tenía la vigilancia de la construcción que se veía paralizada en cada presupuesto, sufría lo indecible con estas intermitencias e interrupciones que lo obligaban a desplazarse constantemente en la esfera gubernativa, de los Ministros al Presidente, de la Cámara de Diputados a la de Senadores.

Cómo el primer decreto de organización adolecía de defectos el Profesor Ibar obtuvo el 17 de Octubre de 1925 la promulgación del Decreto Ley Nº646 del Ministerio de Instrucción Pública; es este quién organiza en forma definitiva el Instituto Médico Legal. " Se organiza como una creación netamente universitaria, destinado a la investigación científica, a la enseñanza de la ...

Medicina Legal y al servicio de la Justicia como centro técnico pericial. Este Decreto Ley estableció un estrecho nexo entre la función pericial, docente y de investigación, a tal punto que dispuso que el Profesor de la Cátedra por derecho propio era el Director del Servicio".

Este decreto dice su Artículo 1º: El Instituto Médico Legal tiene dos fines fundamentales: servir a la justicia con todos los medios que este servicio requiere y a la enseñanza de la Medicina Legal de la Escuela Médica.

Formarán parte de este Instituto: El Servicio Médico de Observación de la Casa de Orates, el departamento de reos enajenados del mismo establecimiento, el de la Cárcel Pública; el de la Casa Correccional de Mujeres y el de Penitenciaría.

Todos estos servicios contribuirán a la enseñanza de la Medicina Legal.

Se ve claramente en la redacción de este artículo, que el pensamiento central del maestro era la estilización del Instituto en la enseñanza e investigación científica para bien servir a la justicia y para asegurarla dispuso en el Artículo 4º inciso a, que "El Director del establecimiento será el Profesor de Medicina Legal de la Escuela de Medicina", reconociendo de esta manera, que era la única condición técnico-administrativa. Y en el Artículo 6º dice: Todo el personal médico incluyendo a los que trabajan fuera del establecimiento central, serán ayudantes del profesor de Medicina Legal, para los efectos de la enseñanza.

El 1º de Octubre de 1926, tuvo el profesor Ibar la dicha inmensa de inaugurar oficialmente, dos pabellones del Instituto Médico Legal. Asistieron a esta inauguración el Presidente de la República, don Luis Barros Borgoño, el Ministro de Instrucción Pública, el de Relaciones y, muchos personajes del mundo político, universitario y social.

El Ministro de Instrucción dejo en su discurso algunas palabras que merecen especial recordación: "Esta superior obra de adelanto importa como todo lo grande un poderoso esfuerzo de voluntad, de constancia, de trabajo y de conocimientos, que rara vez se encuentran reunidas en un hombre. Hemos tenido sin embargo la suer-

...

te de que tales cualidades tuvieran una encarnación en la persona del distinguido Director del Instituto Médico Legal, Profesor Dr. Carlos Ibar a quien se debe la iniciativa y la realización de este establecimiento y cuyo nombre quedará justamente vinculado a él".

El Instituto Médico Legal nació y se creó gracias al trabajo incesante, tesonero y sin desmayos, de más de veinte años del Profesor Ibar, con el objeto que fuese la sede de la Cátedra de Medicina Legal y un centro científico y docente que sirviera con eficacia a los problemas y necesidades de la justicia. Pensó siempre el Dr. Ibar, como en casi todo el mundo y muy especialmente en la cuna de la Medicina Legal, Italia, que este centro científico y docente, dependiese de la Universidad de Chile, o sea del Ministerio de Educación. Por eso el Decreto de fundación y organización así lo estableció. Firman el Decreto el Vicepresidente Barros Borgoño y su Ministro de Educación.

En Abril de 1928 el Dr. Ibar se ve obligado a renunciar; el Decano de la Facultad le informa que el Gobierno pide al Profesor Ibar su renuncia ¿ Razones ?. Nadie las conoce todavía. Mudo y silencioso se fué al retiro de su hogar, con el corazón herido de muerte por tamaña injusticia. Dos años después, el 3 de Marzo de 1930, se cerraron para siempre los ojos del maestro.

El Dr. Benítez pasa a ocupar los cargos del Dr. Carlos Ibar, pero pierde muy pronto la Dirección del Instituto, conservando solo la designación de Profesor de Medicina Legal. El Instituto, que dependía del Ministerio de Educación el llevado al Ministerio de Justicia. "Enseguida en Agosto de 1930 se declara en reorganización el Servicio por razones de orden exclusivamente personal que no son del caso detallar: el Decreto Ley 2175 del 15 de Agosto de 1930 deroga las sabias disposiciones del Decreto Ley 646 de fundación del Instituto Médico Legal; se le quita al Profesor de Medicina Legal la Dirección del Instituto, desvinculándose a la institución, en gran parte de su labor universitaria."

En virtud de este decreto surge el primer servicio de provincia con ubicación en Valparaiso y, además, se faculta al Presidente de la República para designar médicos legistas ad hoc en otras

...

ciudades del país.

El Sr. Ministro de Justicia H mberto Arce, nombra al Dr. Landa, Director del Instituto Médico Legal, porque era el médico legista más antiguo del establecimiento. El Dr. Benítez, antiguo ayudante del Profesor Ibar y nombrado su sucesor deja de ser Director, conservando sin embargo su Cátedra que finalmente también pierde al caer el Gobierno el 26 de Julio de 1931.

A continuación, ejerce la Cátedra titular el Profesor Dr. Jaime Vidal Oltra. Fué el Profesor de Medicina Legal durante 28 años, desde 1932 al 31 de Diciembre de 1959. Sus ayudantes director fueron los doctores Alfredo Vargas Baeza, Tomás Tobar Pinochet, Hernán Fuentes F., Augusto Veloso y Waldo Iturra M. Durante este período se sufre una evidente desconexión entre el Servicio, su Dirección y la Facultad con su Cátedra dedicada a la docencia e investigación.

¿Quién es el Profesor Jaime Vidal Oltra?. "Del Tributo a la Memoria del Profesor Dr. Jaime Vidal Oltra", obre del Profesor Alfredo Vargas Baeza, leído en Sesión de la Facultad de Medicina el 10 de Septiembre de 1965; él surge como un personaje impregnado de nobleza, estoicismo, dignidad, talento y vasta preparación cultural: "Don Jaime como le llamábamos amistosamente, nos abandona al borde de los 70 años; obtuvo su licenciatura secundaria en el Liceo de Talca, cuyo Rector era don Enrique Molina G., maestro que empapó al discípulo con las sabias enseñanzas que le abrieron el conocimiento de la realidad social en que vivía. Recibió su título de médico en 1918, a la temprana edad de 23 años. Su afición a la Clínica lo llevó al Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios, donde conoció a un hombre que jugaría un rol decisivo en su vida profesional, al Profesor Dr. Carlos Ibar de la Sierra. Movido por su inquietud de saber, perfeccionó sus estudios clínicos en diferentes hospitales de París, donde mantuvo un largo y provechoso contacto con el gran maestro de la época, el Profesor Vásquez. Hace Práctica clínica y de laboratorio en la Clínica Médica de L'Hotel Dien y Hospital de la Pitié y Cardiología en el Hospital Broussais. De regreso al país, se convierte en uno de los ayudantes dilectos del Profesor Ibar, médico de gran talento clínico, cuyo deseo íntimo, de convertirse en profesor de clínica médica, fué fustrado al designársele ...

como titular de la Cátedra de Medicina Legal en el año 1901. El Dr. Jaime Vidal O. se incorporó a las labores del Profesor Ibar conociendo de cerca su actuación incansable y tesonera; lo acompañó en sus tareas docentes y poco a poco fué empapándose en la atmósfera de serena elevación espiritual de aquel maestro que le haría sentir la noble y grande de la misión del Profesor Ibar para entregarse de lleno a la docencia de Medicina Legal.

Su clínica fue el Instituto que lleva por ley desde el 10 de Febrero de 1934 y en la práctica desde 1939, el nombre de su maestro. Perteneció y colaboró en diversas sociedades científicas nacionales y extranjeras de su especialidad. Dió impulso a la creación de la Sociedad Chilena de Medicina Legal, de la cual fué su Presidente Honorario. Logró fructificar la semilla que le entregara su maestro. Organizó la Cátedra con un grupo de colaboradores deddedicación exclusiva a la especialidad. Dió calidad a la docencia fomentando la investigación científica y dando especial importancia a las presentaciones prácticas. El Profesor Vidal había captado el sentido exacto y trascendente de su especialidad y se entregó de lleno a una etapa científica cultural de renovación permanente (Numerosos estudios médico legales se concretaron en trabajos que fueron presentados en Sociedades nacionales y extranjeras, determinando interés por este centro médico pericial que demostraba encontrarse en pleno período creador. Pero el ambiente le había sido adverso, la reestructuración del Instituto Médico Legal había desconectado este Servicio de la Universidad; duro golpe para la enseñanza universitaria que el profesor debió soportar con estoicismo y dignidad. Su tarea fué muy dura, surgieron obstáculos que malograron muchas de sus inquietudes creadoras. Se había tropezado con dificultades tales como los de no contar con la debida facilitación del material destinado a la práctica docente y a la investigación. "Desempeño interinamente la Dirección del Instituto Médico Legal por pocos meses en 1939 y su salud quebrantada le impidió hacerse cargo en definitiva en 1955".

En 1946, su distinguido ayudante, el doctor Alfredo Vargas Baeza, es designado Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, y muy poco después, ofi-

c ...

cialmente Ayudante de la misma Cátedra de la Universidad de Chile, luego el Dr. Vargas, en 1948 asciende a Profesor Agregado de Medicina Legal de la Universidad de Chile con gran complacencia de su maestro y ayudantes de Cátedra.

En 1953, la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile observando una decadencia progresiva y notoria de la Medicina Legal Chilena, "adjudicada a que el Instituto no ha contado con una Dirección Técnica especializada, recurre al Consejo Universitario, al Ministerio de Justicia y al Supremo Gobierno acompañando un plan de economía y reorganización técnico administrativa del Servicio Médico Legal". Lo hacen como una contribución al prestigio científico del Instituto Médico Legal, al progreso de la especialidad y como aporte efectivo al plan económico del Supremo Gobierno. Firman el plan de reorganización, el Profesor Vidal Oltra y todos sus colaboradores, ayudantes de la Cátedra, los doctores A. Veloso V., Hernán Fuentes F., Alfredo Vargas B., y Tomás Tobar P., profesionales de vasta preparación y actuación médico Legal. El Consejo Universitario acogió esta petición enviada al Supremo Gobierno. Exponen que: "Esta decadencia se ha traducido en:

a) Falta de especialistas, demostrada por la dificultad para llenar los cargos de médico legistas, tanto en el Instituto como en provincias.

b) Improvisación de médico legistas y de personal técnico auxiliar con las graves consecuencias que es de temer para la correcta administración de justicia.

c) Ausencia casi absoluta de investigación científica y de publicaciones.

d) Incumplimiento de disposiciones reglamentaraias que establecen reuniones técnico-administrativas periódicas.

e) Deficiente cooperación científica para el buen desarrollo de las actividades docentes y científicas de la Cátedra.

f) Falta de difusión adecuada y competente de la Medicina Legal a diversas escuelas técnicas, como las Escuelas Universitarias de Leyes, Farmacia, Dentística, Escuela de Carabineros, Escuela de Investigaciones. "De lo expuesto anteriormente, se deduce claramente la necesidad de que la Dirección del Instituto Médico Legal racaiga...

en el Profesor de Medicina Legal, a quien, por derecho le corresponde, según lo señála en su inciso,a, Artículo 4º, el Decreto Ley Nº 646 de fundación del Instituto. Esta es la única forma en que se logrará encauzar a la Medicina Legal dentro del objetivo que se trazó el creador del Instituto y que está de acuerdo con la organización dada a la totalidad de los centros médico legales europeos y de casi todo el mundo. Estos centros científicos han comprobado con su experiencia, que esta es la modalidad de contribuir a la enseñanza y a la administración de justicia". Al ocupar simultáneamente cargos técnicos en el Instituto no plantean otras remuneraciones que las que perciben por la propia Universidad. "Se deja constáncia, que el equipo de médicos de la Catedra que pasaría a colaborar en el Instituto, al desempeñar estas nuevas funciones, no perjudicaría sus actividades docentes; porque se trata de las mismas labores. Son además técnicos que han trabajado un mínimun de diez años en ese establecimiento, y cuyo control, formación y práctica médico legal, ha estado a cargo de los profesores de Medicina Legal de la Escuela de Medicina Dres. Carlos Ibar y Jaime Vidal Oltra."

En el mes de Junio de 1953 el Profesor Vidal plantea al Ministro de Justicia la necesidad de esta reorganización; en forma directa le expresa que sin guiarle asunto o problema de orden personal estima que es de necesidad absoluta esta reorganización; señala, entre otros considerandos, que debido a la ineficacia técnica el "Instituto no es hoy dia considerado entre los técnicos más que una simple morgue".

En el año 1952 Don Jaime consigue para los cargos de Profesor y Ayudantes de la Cátedra la jornada de trabajo con horario completo y dedicación exclusiva; el objetivo es el desarrollo de una labor docente adecuada y una investigación científica intensa.

En 1955 (fecha histórica trascendental en un nuevo ciclo de la Medicina Legal chilena), estando muy quebrantada la salud del Prof. Vidal Oltra, asume la Dirección General del Servicio Médico Legal de Chile su ayudante de Cátedra desde el año 1942, el Dr. Alfredo Vargas Baeza; médico legista del Instituto Médico Legal, de 43 años de edad, anatomo-patólogo de sólida formación, Profesor de Medicina Legal de la Universidad Católica desde 1946 y Profesor Agregado

...

de Medicina Legal de la Universidad de Chile desde 1948.

El Profesor Vidal Oltra., prosigue su labor como Profesor Titular en la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile, hasta el año 1959, trabajando en muy estrecha colaboración con su aventajado discípulo. Desde su retiro hasta su fallecimiento, el 20 de Agosto de 1965, mantuvo contacto permanente con todo sus ex-ayudantes y colegas, alegrándose por la marcha de la obra que el había contribuído a cristalizar.

En 1953, el Dr. Tomás Tobar Pinochet asciende a Ayudante 1º de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile. Posteriormente (1953-1971) desempeña los cargos de Profesor Encargado de Curso, Profesor Auxiliar y, finalmente Profesor Agregado de la misma Cátedra. Había ingresado a la Cátedra en 1941 como Ayudante 2º, alumno, del Profesor Vidal Oltra, publicando a poco tiempo un brillante trabajo titulado:"De la mensuración de los huesos largos como contribución al estudio de la identidad médico legal en el cadáver". En 1946 es designado Profesor Agregado de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile y en y en 1958, Profesor Titular de la misma Cátedra.

Es el gran apoyo del Dr. Alfredo Vargas B.; ambos desempeñan profesionalmente en un terreno de verdadera amistad y muy estrecha cooperación.

El Dr. Tobar realiza una labor intensa y brillante, tanto en lo asistencial, como en lo docente y en la investigación científica médico legal. Destacan numerosas e importantes publicaciones científicas que perfeccionan el trabajo pericial y enriquecen la docencia, también, numerosos viajes de estudio al extranjero que benefician a la Medicina Legal chilena. Entre los años 1948-1970 realizó múltiples viajes por los paises de América Latina, Central y Norteamerica visitando todos los centros médico legales de importancia. En 1952 realiza un primer viaje a Europa contactando con los profesores de Medicina Legal de las principales Cátedras de Medicina Legal de Francia, Italia y España. En todas ellas adquiere información precisa acerca de la organización de la docencia y de los Servicios Médico Legales. Estos estudios, todos costeados con recursos propios, son profundizados en 1962 con un segundo viaje...

al continente europeo (Aquí aprovecha de dar a conocer, en toda su vasta dimensión, la organización de la Medicina Legal chilena, la íntima vinculación entre el Servicio Médico Legal y las Cátedras de Medicina Legal de las universidades del país. El Servicio Médico Legal cuenta con una nueva y definitiva Ley Orgánica que concede a la docencia universitaria primordial importancia y amplias facilidades. En Chile la docencia cuenta con el concurso de la demostración de casos de aborto, suicidios, homicidios, etc. problemas médico legales que la ley no permite a las Universidades europeas. En Chile la Medicina Legal se desenvuelve en una perfecta integración pericial-docente).

A principios de 1961, el Dr. Alfredo Vargas B., asciende de Profesor Agregado a Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Durante su administración como Director del Servicio Médico Legal y Profesor de Medicina Legal de las dos universidades se dicta la Ley Orgánica por lo cual hasta ahora se rige el Servicio : el D.F.L., 196, del 25 de Marzo de 1960. Con él se cumplió la vieja y sentida aspiración de vincular el Servicio y la labor de las Cátedras universitarias de la especialidad.

La obra de Don Alfredo Vargas Baeza es inmensa... con su esfuerzo y visión, el apoyo de sus colaboradores y el estímulo y apoyo eficiente del Ministerio de Justicia y la Universidad, la disciplina y el Servicio Médico Legal de Chile alcanzan un merecido gran respeto nacional y además, por primera vez considerable prestigio internacional. Reconocen y alaban la alta solvencia científica y ética de la Medicina Legal chilena numerosos paises latinoamericanos, en especial Argentina y, en los del continente europeo, partcularmente Alemania, Francia, España e Italia.

Realizó una intensa y efectiva labor de organización técnico-administrativa que abarcó enormes mejoras de orden material del Servicio. En el Instituto Médico Legal se amplián todas las Secciones y se las dota de personal eficiente y de todos los implementos de la tecnología científica moderna; la Química Legal ensancha poderosamente su complejo campo, se crea el

Laboratorio de H ...

Laboratorio de Histopatología Forense con anatomo-patólogo y tecnologo médico, destinado a complementar especialmente la labor de Tanatología, Clínica Médico Legal logra hacer más expedito su trabajo, especialmente en traumatología y Sexología, Psiquiatría Forense alcanza notable desarrollo alcontar con destacados especialistas; Tanatología adquiere modernas cámaras de conservación y exposición, salas de autopsias y un completo Laboratorio de Fotografía e identificación. Con la experiencia y dedicación del Profesor Tomás Tobar P. se enriquece notablemente el Museo Médico Legal, cuyo nacimiento era obra del Dr. Juvenal Barrientos y su ayudante, el Sr. Federico Loof.

Consigue el Profesor Vargas B. que la Directiva Técnica del Instituto Médico Legal y un importante número de funcionarios se desempelan a jornada completa. En provincias se crean nuevos Servicios y se mejoran constantemente los ya existentes. Fué preocupación constante del Profesor y Director el desarrollo de dichos Servicios, los visitaba personalmente a fin de solucionar sus múltiples problemas. Logra para ellos un número importante de médicos legistas a jornada parcial, eligiendo de preferencia a anátomo-patológos para el peritaje de autopsia y traumatólogos o cirujanos para el de lesiones.

Se publican importantes trabajos científicos. El 30 de Agosto de 1964, con motivo de cumplirse el 49º Aniversario del Instituto Médico Legal, sale a luz el "Boletín Médico Legal", se publicaría periódicamente y serviría de base para una futura Revista de Medicina Legal.

Simultáneamente trabaja en forma incansable y a todo nivel en fomentar el interés por una Medicina Legal científica. Preocupación permanente suya fué el señalar el problema médico legal chileno, lo planteaba al Ministerio, a la Universidad a los estudiantes de Medicina y, especialmente a los centros médicos de provincia. Estructuró las soluciones adecuadas y programas con metas a realizar (A la fecha de su defunción se encontraba proyectando con singular entusiasmo el "Centro Clínico Judicial", un establecimiento que había ideado con miras a crear, entre otros, un Departamento de Psiquiatría Judicial de diagnóstico forense; con tratamiento y rehabilitación, con el cual es-

peraba despertar gran interés por la Medicina Legal).

Tras la Reforma Universitaria, en reemplazo de la Cátedra se crea el Departamento de Medicina Legal. La Facultad de Medicina Norte financia sus cargos universitarios, (profesores, Ayudantes, Secretaria, Oficial Administrativo, Bibliotecaria, Tecnólogo Médico,Auxiliares diversos); aporta valioso equipo instrumental de laboratorio y otros y, presupuesto anual. El cargo de Director del Departamento es ocupado por el Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Chile. Con aportes especiales mixtos se dota al Departamento de excelentes locales y se le facilitan salas de clases, salas de autopsias, Laboratorios y Biblioteca y Museo Médico Legal.

Por intermedio del Departamento de Medicina Legal la enseñanza de la disciplina se extiende por primera vez a diversos profesionales.

En esencia la obra del Profesor Alfredo Vargas Baeza es el producto de su portentosa laboriosidad, clara inteligencia, alta capacidad técnica y lúcida apreciación de la misión encomendada por funciones y objetivos de la Ley Orgánica. Dicho Estatuto Orgánico constituía para él un motivo de legítimo orgullo y honda satisfacción; había colaborado en su dictación y, también había sufrido conjuntamente con sus maestros las consecuencias de la anterior reorganización del Servicio Médico Legal (Decreto Ley del 21 de Agosto de 1930).

Don Alfredo aplicó un sabio criterio técnico administrativo y cumplió con el establecimiento de una perfecta integración entre lo científicamente pericial y la docencia, que involucró una intensa labor de extensión y de investigación. Esto dió a la asesoría técnica de los Tribunales de Justicia un apoyo extraordinariamente verídico, confiable, a la disciplina y a la Universidad toda su auténtica misión y valor.

En su existosa labor lo acompañan directamente colaboradores-asesores de elevada solvencia científica, calidad técnica, probidad intelectual y profundo sentido de la responsabilidad profesional. Aparte del Profesor Vidal Oltra (Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile hasta 1959), destacan nítidamente el Dr. Tomás Tobar Pinochet, Profesor de Medici-

na Legal de las Facultades de Medicina de la Universidad Católica y de la Universidad de Chile; el Dr. Edgardo Schirmer R., anatomo-patológo de la escuela chilena del eminente Prof. Dr. Max Westernhöffer y, médico legista Jefe de Tanatología del Instituto Médico Legal; el Dr. Bernardino Ceppi A., Jefe del Laboratorio de Toxicología del Instituto Médico Legal desde 1952; el abogado Renato BlaskoviczZ., Asesor Jurídico del Instituto y el destacado médico legista y psiquiatra forense, Jefe de la Sección Clínica y Psiquiatría, el Dr. Jacobo Pasmanik G. junto a un selecto equipo de psiquiatras.

La Planta Administrativa, la de Servicio, la Oficina de Presupuestos y el Personal a contrata o subvencionado cuenta con eficientes, abnegados y leales funcionarios (En la actualidad muchos de ellos se encuentran en pleno ejercicio de sus funciones.

En 1966 fallece el Dr. Ceppi; sus funerales constituyen un con una gran manifestación de pesar de sus colegas y colaboradores de la Escuela de Farmacia y del Instituto Médico Legal. Desde 1932 a 1936 se había desempeñado como Profesor de la Cátedra, entonces conjunta, de Bromotología y Toxicología de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de Chile. Fué Secretario Contador de la Escuela de Química y Farmacia, miembro fundador de la Sociedad Científica de Chile. El Servicio Médico Legal le contó entre sus mejores asesores, se había dedicado en forma total a su actividad profesional y docente al extremo de considerar su Laboratorio como su segundo hogar y dedicar sus vacaciones a proseguir en su casa los estudios de la Toxicología que tanto le fascinaban.

Al cargo vacante, gracaias a sus valiosos antecedentes, es ocupado por la Dra. Maria Espinase Morales, profesional brillante y abnegada, forma también discípulos y prestigia en forma notable la integración pericial-docente del Servicio Médico Legal hasta su jubilación en 1975. (La reemplaza como Jefe del Laboratorio Don Santiago Aliste S., asesorado por un destacado equipo altamente especializado).

Años más tarde, en 1972, el eminente Dr. Edgardo Schirmer R., se acoge a una justa jubilación. En compañía con los Pro-

fesores Tobar y Vargas había establecido una auténtica escuela tanatológica, basada en el conocimiento amplio de la Patología Morfológica y de la doctrina jurídica.

Su vida en la Institución fué una lucha constante tras una conquista de ideales al calor de su carácter firme, sereno, efectuoso y de convicciones sólidas que sólo miraban el prestigio de su especialidad y el cariño de su Servicio Médico Legal. En base a su extraordinaria calidad técnica, elevado espíritu y compenetración total en las amplias proyecciones de la labor pericial y docente, dió a sus informes médico-legales e iluminó a los de sus discípulos y colegas, de alta solvencia científica. Por todo esto el Servicio Médico Legal le rindió un gran tributo de agradecimiento, por lo mucho que hizo, por una labor cumplida honestamente, con cariño y eficiencia excepcional. Sus ejemplos y sus enseñanzas perdurarán en beneficio de la especialidad.

En 1965 el Servicio Médico Legal lamenta profundamente el fallecimiento del abogado Sr. Blaskovic, profesional destacado que puso a disposición de la Institución toda su inteligencia, capacidad de trabajo y organización.

El Dr. Jacobo Pasmanik renuncia tras brillante labor en 1973; se establece como Jefe de Clínica y Jefatura: en Psiquiatría Forense asume el Dr. Augusto Torrico R., destacado profesional, Ayudante 2º del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile desde 1962 y en Clínica Médico Legal, el Dr. Victor Velásquez V., Médico Legista y Ginecológo, Profesor de Ginecología de la Universidad de Chile, cargo que desempeña hasta la actualidad.

Se suceden en el tiempo nuevos funcionarios, jefaturas técnicas y audantías universitarias que pacientemente forma Don Alfredo Vargas B., secundado fielmente por su leal colaborador y amigo el Profesor Tomás Tobar P., como asimismo, por un cohesionado equipo directivo técnico y eficiente personal administrativo y de servicio. Reciben valiosa enseñanza diversos profesionales chilenos y extranjeros (Argentinos, Bolivianos, etc.), algunos de los cuales han llegado a tener en el correr de los años destacada actuación en el campo científico y profesional, nacional e internacional.

...

De este selecto equipo inicial el Profesor Tómas Tobar P., pese a jubilar en 1977 sigue trabajando hasta nuestros días y muy activamente en el Instituto Médico Legal. Su experiencia científica, sus publicaciones, su Museo Médico Legal, su sabio consejo y su elevado concepto de la misión docente son, motivo de orgullo e inmenso agradecimiento, para el Servicio, el Departamento de Medicina Legal, la Universidad y el país entero.

Infortunadamente el Profesor Alfredo Vargas B., fallece en Agosto de 1977, prematuramente, en pleno ejercicio de sus funciones pero agobiado por el deber cumplido en demasía. El maestro, el sabio Director había entregado heroicamente su vida a la disciplina y al Servicio Médico Legal.

Apenas graduado de médico-cirujano en 1942 había ingresado al Instituto Médico Legal desempeñándose como ayudante de autopsias, al mismo tiempo que trabajaba como anatomo-patológo en los Servicios correspondientes de la Asistencia Publica de Santiago, Hospital Del Salvador y Calvo Mackenna. Como se mencionó anteriormente sólo cuatro años más tarde, siendo médico legista, tiene el honor de ser designado Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile; muy poco tiempo después ocupa el cargo oficial de Ayudante de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ascendiendo por concurso y examen, en 1948, a Profesor Agregado de la misma Cátedra del Profesor Vidal Oltra. (La comisión examinadora estuvo integrada, entre otros, por el Profesor Extraordinario de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile, Profesor Dr. Hector Rodriguez H., Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Francisco de Borja, en la actualidad integrante del Departamento de Medicina Legal en calidad de anatomo-patólogo asesor, encargado de la docencia de post-grado). Siete años más tarde en reemplazo del Dr. Silva asume la Dirección Genaral del Servicio Médico Legal de Chile, cargo que sirvió hasta el momento de su deceso. Desde 1961 se había desempeñado simultáneamente como Profesor Titular de la Universidad de Chile.

...

Don Alfredo había guiado su apostolado en la observancia fiel de las normas del Estatuto Orgánico de la Institución, el D.F.L. 196 del Ministerio de Justicia, promulgado en Marzo de 1960 y que lleva las firmas del Presidente de la República Don Jorge Alessandri Rodriguez, y los Ministros Roberto Vergara H. y Julio Philippi.

La Ley Orgánica dió una definitiva estructura y organización y al Servicio Médico Legal, a su Instituto Médico Legal "Dr. Carlos Ibar" de Santiago como organismo central, y a los treinta y tantos servicios ubicados en las ciudades más importantes del país. La Ley señaló como funciones primordiales al Servicio: a) Asesoria Técnica de los Tribunales de Justicia (informes, dictámenes médico-legales); b) Promover el desarrollo de la investigación científica en materia médico legal; c) colaborar con las Cátedras de Medicina Legal de las Universidades del país. El Director del Servicio Médico Legal cargo de confianza del Presidente de la República, sirve el cargo con jornada completa pero para los efectos de la docencia universitaria ella puede ampliarse en dos horas diarias. El es quien dirige y administra el Servicio Médico Legal en tanto que el Fiscal de la Corte Suprema tiene la supervigilancia de todo el Servicio y de sus empleados, en lo referente al esclarecimiento de los delitos y el cumplimiento de las órdenes periciales.

Dentro de las funciones del Director está la de velar por la corrección en el cumplimiento de las órdenes judiciales y en la técnica de los trabajos científicos . Los Profesores Titulares de Medicina Legal de las Facultades de Medicina de las Universidades del país pasan a ser considerados médicos legistas del Servicio Medico Legal, en los casos sometidos a su estudio para la enseñanza o la investigación científica. El Director del Servicio Médico Legal puede otorgar igual calidad, por períodos de un año, a los médicos ayudantes de dichos Profesores Titulares y a su propuesta. Todos estos profesionales quedan sujetos a todas las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a peritos y a las del Servicio Médico Legal, pero sin percibir remuneración

posiciones Generales, expresa que " A pedido del profesor del ramo y previa orden del Director los técnicos del Servicio Médico Legal le prestarán asistencia, facilitarán las demostraciones prácticas y seleccionarán el material útil para la enseñanza y museos."

Durante laadministración de Don Alfredo las funciones asistenciales, docentes y de investigación científica se cumplieron trabajando en un terreno de mutua cooperación, el Servicio Médico Legal y las Cátedras de Medicina Legal de las Universidades de Chile, Católica, de Concepción y Sede Temuco. De este modo se cumplía con la labor encomendada por la Ley Orgánica.

Los Profesores de Medicina Legal y sus Ayudantes combinaron su labor de médicos legistas con la función docente, de investigación científica y de extensión. Por intermedio de la Dirección del Instituto Médico Legal, la Universidad de Chile cumplió una efectiva y brillante integración pericial-docente, la Católica con la actividad magistral del Profesor Dr. Tomás Tobar P., la de Concepción y la Sede Temuco, con laslabor ejemplar de los Profesores Drs. Francisco Behn Kuhn y Wolfang Reuter, respectivamente.

El Dr. Francisco Behn K. desde el 30 de Marzo de 1942 venía desempeñándose como Jefe del Servicio Médico Legal de Concepción y Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de la ciudad; el Dr. W.Reuter, prestigioso anatomopatólógo del Hospital de Temuco como médico legista desde 1957 y posteriormente como Profesor de Medicina Legal.

En Santiago se impartió activa enseñanza de la Medicina Legal en las Escuelas de Medicina y, a otro nivel, también a todos aquellos profesionales que de una u otra manera, intervienen en la investigación del delito (magistrados, policías, detectives, asistentes sociales, etc.); el objetivo fué vertebrar disciplinas afines con el sólo propósito de que con ello la justicia resultara favorecida .

El equipo médico legal universitario y el Instituto Médico Legal mantuvó colaboración directa y permanente con las Escuelas de Derecho, Escuela de Periodismo, Carabineros de la Sec-

ción de Investigación de Accidentes del Tránsito, Escuela Carlos Cariola del Club de Seguridad del Tránsito, Escuela de Detectives, Instituto Superior de Carabineros, Escuela de Asistentes Sociales, Instituto de Educación Física y Departamento de Kinesiología. "Detrás de esta vasta labor siempre estuvo el apoyo y consejo del Profesor Vidal Oltra, que se mostraba gozoso con cada una de ñas realizaciones de sus discípulos". (Del "Tributo a la Memoria del Maestro, obra del Profesor Alfredo Vargas B., leída el 10 de Septiembre de 1965 en Sesión de Facultad de Medicina Norte). Poco antes de acogerse a jubilación, el Profesor Vidal Oltra escribía "Cabe señalar que las labores docentes de la Cátedra no sólo se han inscrito circunscrito a los alumnos de la Escuela de Medicina . Numerosas instituciones culturales y de enseñanza superior y especializada, que tienen afinidades y relaciones directas con la Medicina Legal, obtienen así sus conocimientos en el seño de esta Cátedra, a través de disertaciones teóricas, conferencias y trabajos prácticos. Es digno de destacarse el hecho de que la Cátedra ha tenido difusión en el extranjero a través de las actividades de su personal, dándose a conocer tanto sus sistemas de enseñanza como la organización del Servicio Médico Legal. Ello ha redundado en un evidente prestigio de la Medicina Legal Chilena, prueba de lo cual son la colaboración y consultas de alto valor técnico formulados por diversos países de nuestro continente y los insistentes llamados a su personal por parte de diversos países de Latino América, para organizar en ellos esta disciplina. Toda esta labor docente, ha sido posible de llevar a cabo en estos últimos años, durante la Dirección del Servicio Médico Legal a cargo del Profesor Dr. Alfredo Vargas Baeza, en virtud de las disposiciones relacionadas con la actual organización del Instituto Médico Legal, en que se estableció que el Profesor y sus Ayudantes tendrían la calidad de médicos legistas en el desempeño de sus funciones".

La eedacción amplia del D.F.L. 196 permitió al Dr. Vargas impulsar y estimular la investigación científica de su Departamento universitario y de otros numerosos de la Universidad: se facultó la utilización de órganos y tejidos humanos; este material

...

se empleo, ademas, para el estudio de la Anatomia Humana Normal, la Anatomía Patológica, la práctica quirúrgica como asimismo la criminalística. Se establecieron con ello contactos estrechos con diversos Departamentos Universitarios, con lo cual se logró un mejoramiento en la enseñanza,particularmente de las Ciencias Morfológicas.

Complementando su labor, haciendose formalmente responsable de esta tarea de extensión Don Alfredo aceptó ser, y por varios períodos consecutivos, Director del Instituto de Ciencias Penales; fué además Presidente del Club de Seguridad en el Tránsito. Su especial interés por los aspectos médico-legales de la circulación vehicular, motivó al Ministerio de Justicia para nombrarlo como miembro de la Comisión Redactora del Código del Tránsito; también fué llamado a integrar el Comité Nacional de Educación del Tránsito.

En 1965, con motivo del cincuentenario del Instituto Médico Legal, organizo y llevó a cabo con singular brillo, el primer Congreso de Medicina Legal Chilena; participaron numerosas autoridades de Estado, representantes de la Universidad y una pléyade de especialistas de diversas Cátedras de Medicina Legal de Europa y de Hispanoamérica.

También se desempeñó muy activamente en la Sociedad de Medicina Legal de Chile, de la cual junto con su maestro había sido miembro fundador. Las Sociedades de Medicina Legal de Alemania, Francia e Italia lo contaron como miembro prominente; con ellas mantuvo un constante y efectivo intercambio, viajando especialmente a Alemania. Fruto de aquellos contactos son la introducción de modernas técnicas y métodos de examen médico legal en Chile.

Pese a la Reforma Universitaria y la división de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en cuatro Facultades, existió un solo Departamento (ex-Cátedra) de Medicina Legal: la conservaba como tal y ampliada por el Profesor Alfredo Vargas Baeza, perteneciente a la Facultad de Medicina Norte, ahora, ex-Escuela de Medicina de la Universidad de Chile o Facultad madre.

...

Sin embargo, Don Alfredo acompañado por el Profesor Tomás Tobar y un reducido, aunque selecto, grupo de ayudantes del Departamento(En Química Legal el especialista, Eduardo Ramirez y el Tahatólogo Dr. Eduardo Olguín), colaboró desinteresadamente, solo por devoción y abnegación universitaria, hasta 1976 directamente con la docencia de Medicina Legal de las otras Facultades y,también muy especialmente con la de la Universidad de Concepción; de esta última finalmente hubo de hacerse cargo, en forma total, debido al empeoramiento del estado de salud de su gran amigo, el eminente Profesor Titular Dr. Francisco Behn Kuhn que lamentablemente fallece en 1976. En Concepción reside y labora, aprovechando sus períodos de vacaciones: dicta sus cursos y finalmente consigue ampliar el Servicio y dotarlo, con gran colaboración de la Universidad, de excelentes medios para la prosecución de la docencia. Sucede al Profesor Behn K. su prestigiado ayudante, el Dr. Cesar Reyes, médico legista desde 1963, Profesor Titular de Anatomía Humana Normal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y ex- Jefe de Neuropsiquiatría del Hospital Clínico Regional de Punta Arenas.

Son años éstos de lucha incansable por atraer médicos jóvenes a la especialidad y al Departamento de Medicina Legal de la Facultad. Procura atraerlos a través de sus brillantes clases, magníficas demostraciones prácticas de Tanatología, Clínica y Química Legal. Solicita constantemente la creación justificada de cargos universitarios y así, obtiene la incorporación al Departamento de excelentes valores. Le preocupa el futuro de la Medicina Legal en las otras Facultades y permanentemente les solicita crear, estructurar programas de acción indiscutiblemente ya en 1975 su salud sufre un deterioro progresivo, agravado por la carga docente inmensa; toda la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, la de la Universidad Católica aunque secundado principalmente por el Profesor Tomás Tobar P., y el Dr. José Luis Vásquez F.,

En Noviembre de 1975 personalmente realiza gestiones con el Ministerio, el Rector de la Universidad de Chile y con el Profesor Dr. Luis Hervé Leliébre, Decano de la Facultad de Medicina Sur para solucionar el problema de la docencia de la Medicina Le-

...

gal en dicha Facultad Sur. Propone que lo suceda en dicha labor, en calidad de Profesor Titular de la especialidad, el Dr. Roberto von Bennewitz G.: discípulo suyo, ex-ayudante oficial por largos años de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile, ex-médico legista tanatólogo del Instituto Médico Legal, a la sazón Profesor de Anatomía Patológica General y Especial de la Facultad Sur y Profesor Agregado de Pediatría.

Señala a las autoridades universitarias superiores y del Ministerio de Justicia que, a su criterio, la solución del problema de la enseñanza de la Medicina Legal de la Universidad de Chile está, como lo ha venido expresando desde hacen muchos años, en que cada autónoma Facultad cree su propio Departamento. El Servicio y el Departamento de Medicina Legal de la Facultad madre prestan la debida colaboración. Declara que las puertas del Instituto Médico Legal han estado abiertas a las diferentes Facultades de las Escuelas de Medicina; existe un Servicio Médico Legal, una Ley Orgánica favorable, que todo lo contempla y, sólo se necesita visión y seriedad: formar cuerpos docentes entrenados, procurar médicos becados y enseñar a auxiliares técnicos. A tiempo suficiente cada Departamento podría laborar independientemente.

Pocos meses antes de su fallecimiento, procuró obtener reuniones con los Sres. Decanos a fin de estructurar una fórmula de solución; en reuniones previas a ellas participó como asesor y llevando su mensaje a los Sres. Decanos un ex-discípulo, pero nada pudo concretarse acerca del plan propuesto.

Cumplidas todas las obligaciones y formalidades de rigor el 5 de Agosto de 1976, el Profesor Roberto von Bennewitz G., sin desmedro de sus actividades docentes de Anatomía Patológica en la Facultad Sur (cursos de 3º y 4º Año de Medicina), lleva a cabo el primer curso teórico-práctico de Medicina Legal para los alumnos del 6º Año de Medicina de la Facultad Sur. A partir del 15 de Marzo de 1977 se realiza el segundo curso reglamentario de dicha Facultad. Ambos cuentan con el apoyo directo del Dr. Vargas y no significan gasto alguno para la Facultad, la que sí se compromete a estructurar un Departamento de Medicina Legal.

En Agosto de 1977, por razones que no son del caso señalar, el Dr. R. von Bennewitz G., renuncia voluntariamente a sus car-

gos en la Facultad Sur, siendo llamado por el Profesor Alfredo Vargas B., a trabajar con él por la Medicina Legal Universitaria. Tiempo después, al fallecer el Profesor Vargas , el Dr. von Bennewitz queda en el cargo de Profesor Titular de Medicina Legal de la Facultad de Medicina Sede Santiago Norte, Director del Departamento correspondiente y Profesor Titular de Anatomía Patológica.

Como Director del Servicio Médico Legal, en calidad de interino, había asumido el Profesor Dr. José Luis Vásquez F., de la Universidad Católica, discípulo prestigioso del maestro, médico legista de vasta experiencia pericial y docente, Ginecológo, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Militar, El con brillo, continúa con la enseñanza de la Medicina Legal de la Universidad Católica que comenzara Don Alfredo.

En Marzo de 1978 asume la Dirección General del Servicio Médico Legal el Dr. Claudio Molina Fraga, conocido psiquiatra, Director del Hospital Psiquíatrico.

El Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina Sede Santiago Norte y la docencia de la Universidad Católica han contado con su valioso apoyo.

METODOLOGIA CIENTIFICA DE LA MEDICINA LEGAL

INTRODUCCION: Se pretende un informe general de los aspectos doctrinarios del método de la Medicina Legal. No se plantean aquí los objetivos específicos de la autopsia médico legal ni lo que señalan claramente el C.P.Penal al respecto de autopsias de lesiones (como sabemos el Art. 237 dá las normas generales a seguir en cualquier informe médico legal, cuando se trata de lesiones, hay que atenerse al Art. 141 y en el caso de autopsias al Art. 126).

METODO: La Medicina Legal utiliza para el cumplimiento de sus particulares finalidades, el método de la Biología Científica o Moderna. Sabido es que el método general de la ciencia es la demostración; aplicado a la Biología Científica consiste en demostrar (exp.) que un fenómeno biótico se produce mediante una determinada ley. Para ello aplica el método inductivo, éste aplicado a la Biología consiste en partir del conocimiento de un hecho biológico particular, para llegar, por razonamiento a su explicación lógica. Para ello, aplica el principio de causalidad por el que se admite que todo fenómeno, es un efecto y como tal debe tener una causa. Es lo que expresa el principio de causalidad al sentar que no hay efecto sin causa. De acuerdo con este principio, la Biología Científica admite que todo fenómeno biológico es siempre el efecto de una causa.

Dicho método, el de las Ciencias Biológicas, que emplea la Medicina Legal requiere de los siguientes actos:

a) Observación b) Experimentación	Comprenden actos materiales: manipulaciones según técnicas adecuadas
c) Conclusión d) Comparación e) Generalización	Son actos puramente intelectuales

1.- Observación.- Observación es "vigilar en torno de las cosas para comprenderlas, para entenderlas, para entrever su sentido".

La observación contesta a la pregunta: ¿Cómo es? , la transformación patológica de la forma orgánica, la lesión en general.

Se va a necesitar entonces el fijar con eficacia, el definir la naturaleza o significado de la conformación perturbada, examinando atentamente el fenómeno sin alterarlo en sus distintas partes, grabando sus principales atributos, cualidades o circunstancias. En Medicina Legal, en los peritajes de autopsias, de lesiones, tratamos de comprender el proceso patológico basándonos en gran medida en la conformación perturbada.

La observación requiere del análisis y del examen. Análisis significa una operación: la descomposición metódica del todo en sus partes. El examen es una pesquisa, una exploración, con el que se persigue notar, conocer, las cualidades o modalidades de cada una de las partes componentes o elementos separados por el análisis: forma, tamaño, consistencia ,etc. El examen es la indagación y observación por los sentidos solos (y/o auxiliados por instrumentos), de las cualidades o circunstancias de una parte, lesión enfermedad, órgano o tejido, con objeto diagnóstico. (La autopsia médico legal debe requerir del examen macroscópico, como del microscópico).

Nuestra primera tarea es entonces reconocer la alteración patológica que provoca problema judicial y, se parte con la observación: el medio para llegar al conocimiento, al entendimiento , es la cuidadosa observación y razonamiento que van estableciendo comparaciones y diferencias, delimitando lo típico de lo atípico, lo general de lo particular; la ordenación, forma, color, tamaño, consistencia,etc.

Rn. 14266

La observación no se puede asentar simplemente sobre una base hipotética, sino que requiere de fundamentos de tipo teórico y de cierta experiencia, experiencia de forma y fondo científico. Aquí, al respecto, puede citarse una memorable frase de Goethe: ¿Qué es lo más difícil de todo? : Lo que tu creyeras lo más sencillo, visar con los ojos lo que ante tus ojos está. Otra sentencia que mucho hace pensar es aquella que dice: "Was man weiss, sieth man", que en traducción libre bien puede condensarse en "Solo se v lo que se sabe".

Ahora bien, los hechos perceptibles a través de las técnicas de indagación y observación empleadas son objeto de una descripción precisa, objetiva y expresada según terminología adecuada.

2.- Hipótesis.- Consiste en suponer el porqué de lo observado. La hipótesis es una explicación racional anticipada de lo observado que se admite provisionalmente, especialmente para orientar la investigación.

En Medicina Legal la descripción útil, científica involucra hipótesis vigentes y se sustenta en una teoría, en un verdadero osqueleto de orientación fisiopatológica. Debe admitirse la descripción no tan sólo como una imagen verbal del objeto, sino más bien como una representación verbal de un conjunto de hechos de observación, en cuya selección subyace una hipótesis.

3.- Experimentación.- La experimentación tiene por objeto conformar si la causa que se ha supuesto en la hipótesis es la que realmente actúa y, en caso afirmativo, cómo actúa.

Experimentar es provocar artificalmente un fenómeno o intervenir en él, en condiciones dterminadas, para alcanzar una explicación del mismo por sus causas. En todo fenómeno intervienen dos o más factores que son otras tantas causas que lo condicionan y que hacen necesario establecer como, en cuanto intervienen cada uno de ellos. Tales factores se suponen por la hipótesis y se confirman por la experimentación. En la experimentación se emplea el principio de causalidad.

Por supuesto no siempre se lleva a efecto, por ejemplo, las lesiones tuberculosas se diagnostican por los métodos corrientes, no se siguen los pasos de la experimentación magistral de Koch dado que existe amplia experiencia en el capítulo.

4.- Conclusión.- Consiste en dar por explicado un hecho, o sea, dar confirmada la relación de causa a efecto.

5.- Comparación.- Consiste en comparar lo confirmado (experimentado), con otros hechos y explicarlo para establecer su mayor o menor generalidad.

6.- Generalización.- Esta lleva a aplicar lo observado y explicado a hechos análogos.

NOTA: 5 y 6 dan, en gran medida la experiencia.

Manera de practicar el método.

Suscintamente en el ejercicio del método distinguiremos dos fases fundamentales:

I.- Observación y descripción científica (aplicada, coherente con lo reglamentado por C.P.), de los hallazgos.

II.-Interpretación de los hechos de observación de acuerdo a las concepciones teóricas vigentes de la Ciencia (Ciencia Médica - Ciencias Jurídicas).

Primera fase.- Condición previa en todo "reconocimiento" es prestar una extrema atención. Es una mala costumbre mirar someramente las lesiones, los órganos durante la autopsia y después especular largo tiempo.

La forma de percibir las impresiones es un problema. Aún cuando el número de impresiones sensoriales es muy abundante, solo algunas de ellas son "importantes". El elegir las importantes es un arte que hasta cierto punto se puede aprender mediante la experiencia. Ahora, debe describirse.

La descripción de los hechos de observación es una tarea que requerirá de una serie amplia de puntos de referencia y relación. Para que la relación (en su forma y contenidos), pase a incorporarse a un sistema científico y, sólo así sea útil a la justicia, es preciso que en la representación verbal de los hechos de observación subyaga una teoría, un esqueleto de orientación fisiopatológico como antes señalamos; el papel de él es elegir de las impresiones sensoriales, del conjunto de hechos de observación, los importantes a delinear por medio del lenguaje. Lo que dá a la descripción la consideración de ser un elemento insustituíble y de progreso frente a otros documentos tales como el fotográfico, o sensillamente el mismo objeto del examen es el carácter hipotético, no necdsariamente subjetivo, sobre la que se sustenta.

Segunda fase.- En esta los hechos comprobados por la observación deben interpretarse, es decir, se les debe buscar el significado médico legal o biológico-jurídico. Este proceso de identificación incluye:

1.- Definir a ué conceptos básicos médico legales corresponden los hechos observados : a una muerte por enfermedad o muerte "natural" (inflamación, malformación, tumor), a una lesión compatible o atribuíble a violencia ejercida por terceros, etc.

2.- Concebir (para ayudar a esclarecer) la forma, como se llegó a las alteraciones observadas (Morfogénesis de la enfermedad o de la lesión médico-legal).

3.- De esta morfogénesis médico legal obtener dentro de lo posible, una comprensión de los mecanismos básicos de la alteración o sea la Patógenia médico-legal.

4.- Conjugar luego los tres aspectos anteriores para establecer delimitaciones relativamente particulares, lo que constituye el diagnóstico médico legal y t odo lo que se precisa según el C. de P. Penal.

El diagnóstico, que es la síntesis, debe ser de todas formas comprensible para el juez. Los informes deben redactarse, en cuanto sea posible en lenguaje corriente.

El diagnóstico médico legal requiere en estos tiempos modernos, muchísimas veces, exámenes complementarios: alcoholemia, exámenes histopatológicos, bacteriológicos, etc.

Para finalizar deseamos enfatizar la importancia del lenguaje en la descripción médico legal: la información adecuada involucra el lenguaje, es a través de él, que los hechos de observación pasan a incorporarse en un sistema científico. El legista debe esforzarse por crear la expresión precisa, coherente, útil dentro del sistema coherente. Apenas cabe duda de que un alto grado de desarrollo formal del lenguaje facilita, a su vez, el raciocinio, "esclarece las ideas". Se piensa con palabras (símbolos que expresan conceptos).

En la descripción del objeto la elección de las palabras y la manera cómo se juntan los pensamientos nos informarán, a su vez, de la historia personal del observador, de su cultura general, de su cultura médica y médico-legal, de los hábitos lingüísticos del grupo social al que pertenece, de las premisas, de las categorías básicas de la actitud hacia el objeto (suposiciones concientes) y, de las motivaciones de los criterios de selección e interpretación.

A través de la determinada manera de categorizar, organizar e interpretar la experiencia, tendremos en cierta medida, una representación de la manera especial del sujeto perito de mirar el mundo de lo científico.

Disciplinas fundamentales en Medicina Legal.-

El juez necesita asesorarse de personas que la ayuden a resolver los muchos problemas que se le presentan a diario en el desarrollo de los procesos judiciales; para ellos busca a aquéllos que dominan algún arte u oficio y, haciendo uso de las prerrogativas que le otorga la ley, los designa comoperitos. Para ayudarse en los problemas judiciales de índole médica recurre al médico perito.

El médico legista es un perito. Perito es " el que poseyendo especiales conocimientos teóricos o prácticos, informa, bajo juramento al juzgador sobre puntos litiginiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia". La tarea fundamental del perito médico legal es establecer las relaciones de la Medicina con la Justicia, los peritajes médico legales ("un medio de prueba para la Justicia, elaborado por personas versadas en materias especializadas",en este caso por médico y destinado a esclarecer problemas judiciales de índole médica). Tarea esencial del Servicio Médico Legal de Chile es asesorar a los Tribunales de Justicia con sus peritos, en los múltiples problemas de orden técnico que se le presentan, especialmente para calificar ciertos delitos o para apreciar el grado de capacidad o responsabilidad que deba atribuirse a una persona determinada. Esta asesoría se realiza a través de los informes y dictámenes que emite el Servicio, siendo los más importantes los de psiquiatría, lesiones, autopsia y otros diversos.

Dentro de los tres grandes grupos de materias que trata la Medicina Legal (Judicial, Social y Profesional), con respecto a lo recién expresado, destaca la Judicial o Clásica, es decir aquélla que estudia las materias que se relacionan directamente con los problemas judiciales de índole médica, osea aquellos que se plantean a los Tribunales de Justicia, ramas importantes de ella, por su gran demanda, son la Medicina Legal Psiquiátrica que estudia la alienación mental y delito, responsabilidad penal y capacidad civil; la Medicina Legal Tanatológica, que investiga la muerte desde el punto de vista médico legal; autopsias, pericias en restos cadavéricos; la Medicina Legal Sexológica, que gira en torno de los problemas de matrimonio, embarazo, aborto, infanticidio, aberraciones sexuales, etc, presentados a la Justicia; La Medicina Legal Traumatológica, que se refiere a todo lo relacionado con heridas, fracturas, contusiones y, la Medicina Legal Toxicológica, que abarca lo relacionado con envenenamientos de diversa índole (suícida, homicida, accidental). La Química Legal recibe el apoyo de químicos-farmacéuticos y otros profesionales.

¿Que formación necesita el perito médico?, además de lo básico de doctrina jurídica, precisa desde luego saber medicina; debe ser un buen médico y sólo lo es, aquel que domina la Patología integral (Morfológica, Fisiológica y Clínica). Debe recordarse aquí que la Patología no es una rama de la Medicina sino su raíz principal ya que sustenta el conocimiento exacto de todas las enfermedades, transtornos del desarrollo, síndromes, signos y síntomas.

El perito médico debe conocer bien los hechos fundamentales de su ciencia y seguir la evolución de los conocimientos en continua renovación, pero sin llegar a ser un profundo especialista en cada materia. Ciertas materias tienen naturalmente más importancia que otras, aunque todas han de ser conocidas. Son fundamentales por la mayor frecuencia de los casos: Psiquiatría, anatomía patológica, patología quirúrgica, traumatología y, obstetricia-ginecología, especialidades a las cuales el perito debe dar mayor preferencia. Pero no hay que olvidar que no basta ser un buen médico para ser un buen perito. El perito debe tener un criterio médico legal, que sólo podrá adquirir conociendo la doctrina jurídica esencial y la legislación aplicable al caso sometido a su examen.

Sólo así el podrá ser útil, pues sabrá cuales son los puntos que debe aclarar y con qué norma ha de hacerlo. Sabido es que esta es la causa habitual de la deficiencias de los informes y dictámenes médico-legales.

1) Psiquiatría.- No hay que creer que baste ser un buen psiquíatra clínico, para ser un buen médico legista; el psiquíatra solamente clínico es tan médico legista como el partero o el cirujano. Los problemas de la psiquiatría forense son los problemas "legales" al igual que los problemas "médicos", y los médicos que están acostumbrados a pensar en términos médicos, tienen dificultad para pensar en términos legales. El conocimiento específico de los conceptos legales, del marco legal y de los usos en los cuales estos conceptos son aplicados es indispensable para un psiquiatra que desea funcionar adecuadamente en una situación psiquiátrica forense.

La tarea más delicada de la psiquiatría forense, la peritación, presupone que sea realizada por especialistas calificados, verdaderos expertos en Medicina mental y con conocimientos vastos de doctrina jurídica. Langeluddeke considera que para realizar una peritación satisfactoria son esenciales cuatro requisitos: 1º.- Dominio del saber psiquiátrico; 2º.- Comprensión plena del sentido jurídico de la tarea; 3º.- Completa imparcialidad, tratando que no influyan ni la simpatía ni la antipatía; 4º.- gusto para ejecutar el trabajo, entregándose por entero a la labor de investigar, siempre interesante y fecunda, y a la vez que concorde con el espíritu científico de nuestra profesión. Pero tan delicada tarea requiere además aguzar la perspicacia adquirida acerca de la naturaleza humana y de las sutilezas de quien se siente en situación peligrosa; requiere, por último, consideración objetiva y cotejo crítico de los datos de las diversas fuentes con los hechos observados y sus relaciones, tratando de llegar a la ordenación sólida propia del conocimiento psiquiátrico sustancial. Una vez agotado el conocimiento posible del caso concreto con el mayor acopio de documentos del sujeto y sobre el sujeto, el perito procede a redactar el informe, exponiendo el fruto en forma clara, con juicios precisos, objetivos y prudentes. Se comprende que en los casos díficiles quedan duda acerca de los puntos oscuros: el perito no tendrá reparo en expresar el motivo de sus incertidumbres. El lenguaje será llano, sin términos técnicos, o explicando el sentido de los imprecindibles; sin citas prolijas, pues en esta clase de documentos no es pertinente la erudición; y sin apelar a teorías, ya que estas nada demuestran y sí pueden conducir a confusión.

Las situaciones legales que implican un testimonío psiquiátrico ya sean civiles o criminales implican al menos 2 consideraciones principales en relación con el individuo cuya posición psiquiátrica se encuentr en duda:

1.- ¿Es (o fue) capaz y competente para llevar acabo determinadas acciones. Si no, se le puede evitar que haga algo que querría hacer o, algo que ha hecho puede ser nulificado en cuanto a acto (testificar o declarar en el juzgado, contrato matrimonial o testamento, compra de bienes raíces, etc.)

2.- ¿Es (o fue) responsable por la acción que se le imputa. De ser así, puede ser obligado a hacer algo que no quiera hacer (pagar dinero, ir a la cárcel,etc.

Una persona incompetente no es responsable de sus actos en el área de su incapacidad y una persona que es absuelta de resposabilidad en alguna área particular es incompetente para actuar legalmente en esa área.

Las definiciones y pruebas de competencia y de responsabilidad varían con los típicos legales específicos. Por ejemplo, la responsabilidad por un crimen no es la misma que la responsabilidad por un agravio (daño civil hecho a tercero). Cuando un individiduo es calumniado puede corregir su difamación por medio de la incoacción de demanda civil. El agraviante, el que comete el agravio, no va a la cárcel sino que por lo general paga daños monetarics. Algunos agravios constituyen crímenes también (graves contra la sociedad) y el individuo puede tener que enfrentarse a un doble juicio civil y penal como resultado de la misma acción.

Datos de orden psiquiátrico son también muy importantes en el diagnóstico diferencial de muerte por accidente, homicidio o suicidio. Por ejemplo. El conocimiento de las condiciones psíquicas del suicida permite reunir la causa determinante (constitución o herencia psicopática o neuropática, alcoholismo crónico) a la causa ocasional (angustia, crisis de depresión psíquica, miseria, ruina,etc.), que hacen comprender el mecanismo psicológico del acto y su móvil intelectual.

En otro aspecto la psiquiatría médico legal estudia las reacciones antisociales, delictuosas, causadas por una causa psíquica patológica.

En síntesis la psiquiatría o psicopatología medico legal o forense comprende todas las cuestiones legales planteadas por los diversos estados de anormalidad psíquica.

2) "Anatomía Patológica".-(Patología Morfológica)

a) Introducción: Antes de definir la Anatomía Patológica y de establecer su importancia en Medicina Legal es preciso, recordar que debe entenderse por Patología y, tener muy en claro el significado del término " Patología Integral". La Anatomía Patológica, Patología Estructural o Morfológica es una rama especializada de la Patología Integral.

Patología. Es la ciencia natural que se ocupa de todo lo anormal y patológico. Tiene por misión o finalidad la investigación de los transtornos de la salud o enfermedad, también los transtornos del desarrollo normal y, procurar al médico los conocimientos necesarios para que pueda reconocer la esencia de esos transtornos, sus causas, su curso y sus consecuencias (todo esto como condición previa necesaria para su evitación y tratamiento en el ejercicio de la profesión médica). La Patología se divide en 2 ramas: Patología General y Patología Especial. La primera estudia las manifestaciones estructurales o morfológicas y las funcionales que se repiten en todo proceso patológico, sea cual fuere el punto en que éste se localice. La Patología General estudia las leyes de la génesis de las enfermedades provocadas por causas internas y externas, analiza las formas generales del proceso patológico en el cuerpo y pone en relación las alteraciones morfológicas debidas a los transtornos de la salud y del desarrollo, con los correspondientes transtornos funcionales. Encierra en sí toda la medicina teórica. La Patología General incluye a la Patología Morfológica General y a la Fisiopatología General: la primera estudia en propiedad las manifestaciones morfológicas que se repiten en todo proceso anormal, la segunda lo hace con las manifestaciones funcionales generales, con las comunes a todo proceso patológico. La Patología Especial estudia, en cambio, las manifestaciones estructurales y funcionales del proceso patológico de cada órgano en particular. Es el análisis de las enfermedades localizadas en órganos, estudia las modificaciones especiales que

originan en cada órgano aquellos procesos generales . Se compone de Patología Morfológica Especial (Estudio de las enfermedades del Sistema Nervioso Central, del riñon, etc.) y de Fisiopatología Especial. Junto a estas dos ramas, Patología Especial y General existe la Patología clínica, que usa de una metodología particular llamada Semiología, a fin de diagnosticar la enfermedad.

Estas disciplinas constituyen la Patología Integral (funcional, morfología, clínica) cuya misión, como se ha dicho, es investigar las leyes de la génesis de las enfermedades, estudiar las formas del proceso patológico en el cuerpo y poner en relación las alteraciones morfológicas debidas a los transtornos del desarrollo y de la salud, con los correspondientes transtornos funcionales. El conocimiento y dominio de los hechos fisiopatológicos, anátomo patológicos y clínico quirúrgicos han sido considerados, con razón, como ideal del patólogo. Sólo la gran cantidad de conocimientos que se han ido acumulando y la comprensión de que los progresos de la ciencia sólo se obtienen por medio de la especialización han determinado forzosamente que se haga por separado el estudio del material que a cada uno corresponde. En estos últimos años la Bioquímica y la Biofísica han hecho avanzar notablemente la Patología Integral. Al exponer los problemas de la Patología hoy es irremisible considerar simultáneamente los transtornos de estructura, función, metabolismo y concentrar los métodos de morfología, fisiología, bioquímica y biofísica.

b) Patología Morfológica.- Lo que se conoce por Patología Morfológica constituye una parte del extenso campo de la Patología; se la puede considerar como el estudio de los procesos y las causas de la enfermedad y de su naturaleza. Las enfermedades se ponen de manifiesto ordinariamente por un transtorno de la forma y de la función orgánica y, la Patología Morfológica procura responder al cómo y al porqué de la enfermedad basándose en el estudio de la forma alterada o desviada. Aborda el problema del diagnóstico del proceso vital anormal o desviado, que llamamos enfermedad desde el estudio de las alteraciones estructurales que localiza o descubre en los órganos y tejidos enfermos (examen macroscópico, examen microscópico o histopatológico y, otros) que se desarrollan como consecuencia de factores patógenos o generadores de enfermedad. Se basa pues en la Morfología Normal pero no se límita a describir como tal la alteración estructural, qué constituye la desviación de la normalidad y que le permite precisamente conocer la actuación de la noxa, sino que:

1.- Investiga los procesos y las causas que llevan al daño morfológico, que sirven de fundamento a tales desviaciones; se preocupa del cómo y del porqué del daño; analiza en cada caso el modo de producirse el cambio de la forma y estudia la evolución de las formas patológicas; en síntesis investiga la genésis y el curso de dichas formas.

2.- Procura, simultáneamente, estimar la significación de la perturbación morfológica, o sea, los efectos de tales cambios sobre la función, celular y tisularmente (capacidad funcional de los tejidos modificados) y, en segunda instancia sobre el paciente o víctima.

La Patología Morfológica de la conformación perturbada procura deducir los transtornos funcionales. Estudia el fundamento, el substrato de los transtornos funcionales. Estrechamente relacionada con la Fisiopatología , la Clínica, la Bioquímica, Biofísica y otras, trabaja de tal manera que los conocimientos anatómicos, morfológicos sirvan de base para deducciones fisiológicas y etiológicas. Es el método que relaciona por primera vez forma y función. Sus medios de estudio son la autopsia y la biopsia fundamentalmente.

Como método de investigación y de dominio técnico de lo patológico se vale al igual que todos los métodos de la observación y del razonamiento.

Observa las alteraciones a ojo desnudo primero y posteriormente con la ayuda del microscopio y otros (Por autopsia o necropsia se entiende el estudio especializado efectuado a ojo desnudo de los órganos y tejidos de un sujeto evicerado; tal es la etimología exacta de la palabra autopsia, pero en realidad no se concibe la autopsia sin el correspondiente examen histopatológico o microscópico es imperativo tanto para el material de autopsias como de biopsias. Los hechos puestos de manifiesto son objeto de una descripción científica)

c) Importancia de la Patología Morfológica en Medicina Legal.- La Anatomía Patológica es una forma básica de abordar la enfermedad para comprender y tener una buena base para una buena Medicina. El conocimiento clínico de fundarse en la comprensión de lo que está ocurriendo debajo de la piel de cada paciente o víctima. La Patología Morfológica constituye una sólida disciplina de apoyo a la Medicina Clínica; a la inversa esta última contribuye en alto grado a la Patología Morfológica. En verdad ella estudia el cómo yel porqué de lo anormal y reconstruye el proceso. Cuando finaliza la autopsia (o la biopsia) y se elaboran los diagnósticos definitivos, no se resucita al muerto, sino la enfermedad: renace la enfermedad, el daño, se entiende su génesis, su curso, su naturaleza y su destino. La Patología Morfológica no es diagnóstico de estado de muerte, debe explicar cómo y porqué falleció o bien cómo fue capaz de sobrevivir. No etiqueta lesiones, sino que reconstruye el curso de los fenómenos, desde el comienzo de la enfermedad hasta la muerte o la curación. Mediante ella se aprende Medicina, con ella es posible obtener la indispensable concentración de los aportes de la Fisiopatología, la Bioquímica, etc. Su importancia es particularmente evidente y esencialmente practica en Tanatología. Discutible en cierta medida es la existencia de autopsias médico-legales "puras"; es bastante frecuente el descubrimiento de una determinada enfermedad que aparece como hallazgo de jerarquía secundaria; otras veces se constituye en una eventual concausa; en todo caso aproximadamente el 35% o más de las autopsias que se realizan a petición judicial dan como única causa de muerte una determinada enfermedad; desde otro punto de vista muchas de las aparentemente autopsias "puras" médico legales llevan en sí una patología médica que precipita la muerte "forense". En los países desarrollados no se concibe un tanatólogo sin una sólida formación en Anatomía Patológica y sin un completo Laboratorio de Histopatología aplicado a lo forense. En dichos países el tanatólogo es ordinariamente un médico anatomo patólogo con sólido criterio médico legal.

3) Traumatología.- En Clínica Médico Legal, en la que se necesitan conocimientos especializados de Odontología, Oftamología, Urología, Otorrinolaringología y otros, destaca notoriamente la Traumatología, especialidad de suma importancia. Los peritajes médico legales más frecuentes en el Servicio Médico legal son los que se realizan en los vivos y en ellos destacan por su enorme demanda los que se relacionan con lesiones tales como heridas, diversas, fracturas, quemaduras, etc. por violencias debidas fundamentalmente a la acción de terceros.

La Traumatología médico-legal se preocupa de los estados patológicos inmediatos o mediatos causados por violencias ejercidas sobre el cuerpo; es la rama de la Medicina Legal que estudia las lesiones. Desde el punto de vista de nuestra legislación se relaciona especialmente con el Código Penal y con las leyes de Accidentes del Trabajo. Don Raimundo del Río define las lesiones como " todo daño causado a la integridad corporal o a la salud de las personas por medios mecánicos, químicos, virulentos o de cualquier otro material" El delito lesiones requiere de un sujeto activo, de un sujeto y contempla la "intención" (Delito es un hecho a sabiendas). El delito lesiones lleva a un proceso judicial y este requiere de medios de prueba, entre éstos destaca el peritaje médico legal de lesiones. Como sabemos la busqueda de datos es de la competencia del Juez, el recibe los testimonios, establece los móviles del hecho judicial y, también debe demostrar la intención sin la cual no habría

culpabilidad. La labor del traumatólogo forense consiste en, apoyado en sus conocimientos y lo esencial de la doctrina jurídica, ayudar al juzgador con un dictámen objetivo, científico y honesto. El informe está totalmente reglamentado en todas sus fases por el Artículo 141 del Código de Procedimiento Penal, El traumatólogo forense debe informar acerca de la Etiología de la lesión, de su pronóstico médico legal, debe fijar tiempo de curación, tiempo de incapacidad, con ello el magistrado se apoyará para dictar sentencia.

1) Obstetricia- Ginecología.-

Relacionados con el sexo, en su desarrollo, morfología e instinto, hay una serie de problemas importantes para la Medicina Legal. En sus aspectos embriológicos y sociales, el sexo es, además motivo de serios estudios, a tal punto, que desde hace algunos años se habla de una ciencia independiente: la Sexología (ciencia del sexo).

En los asuntos médico-legales tiene interés, por sus relaciones con la vida civil o con la delincuencia, los siguentes problemas sexuales: la diferenciación del sexo (hermafroditismo, inscripción de nacimiento); el instinto sexual (perversiones sexuales, impotencia); los delitos sexuales (violación, ultraje al pudor, etc.). Vinculada directamente con ellos, por los problemas de la fecundación, está la denominada

"Obstetricia-Ginecología médico legal" donde se estudian el embarazo, el aborto y el infanticidio.

En este trabajo asistencial la mayor demanda judicial de peritaje se refiere a la denuncia de probables abusos deshonestos, violaciones, sodomía, abortos criminales; también determinación o diagnóstico de embarazo; además el obstetra ginecólogo Médico legal presta eventualmente su apoyo en ciertos aspectos de rectificación o comprobación de edad fisiológica y en el peritaje médico legal de filiación (filiación es relación de sangre y de derecho que tiene una persona con sus padres).

El obstetra-ginecólogo Médico Legal, requiere de una vasta experiencia médica y de una sólida base del elemento jurídico; el peritaje debe contar con todo lo que ofrecen las técnicas modernas de diagnóstico de laboratorio.

S E R V I C I O M E D I C O L E G A L

La sesoría técnica de los Tribunales de Justicia, en materia médico legal, está encomendada a un organismo de Estado, el Servicio Médico Legal. Los peritajes de la M. L. primitivamente se realizaban por medio de los diagnósticos efectuados por los médicos de la ciudad, los que actuaban como legistas y aún figuran como tales en el Código de Procedimiento Penal, promulgado con fecha 13 de Febrero de 1906.

A partir de 1915 la asesoría técnico de los Tribunales de Justicia en materia médico legal, queda encomendada a un organismo de Estado, el Servicio Médico Legal.

El Servicio Médico Legal existe, como organismo del Estado desde la dictación del Decreto Reglamentario 1049 del Ministerio del Interior de fecha 30 de Agosto de 1915, cuerpo legal que fijó la primera estructura y organización del Instituto Médico Legal de Santiago. Esta entidad pericial fue una creación universitaria con vinculaciones docentes y de investigación científica. Su creador y primer director fue el Prof. Dr. Carlos Ibar de la Sierra (cuatro años después de su muerte, acaecida en Marzo de 1930, se promulgó la ley que dispuso, con fecha 10 de Febrero de 1934, la colocación del nombre de su creador, que ostenta hoy en el frontis del edificio "Instituto Médico Legal Dr. Carlos Ibar").

El 17 de Octubre de 1925 se dictó el Decreto Ley Nº 646 del Ministerio de Instrucción Pública que perfeccionó el sistema del Decreto de fundación, manteniendo sus mismos principios doctrinarios.

Por Decreto Ley Nº 2175, del 21 de Agosto de 1930, se reorganizó el Servicio, desvinculándolo, en gran parte, de su labor universitaria con grave perjuicio para la formación de especialistas.

En virtud de este Decreto Ley surge el primer Servicio de Provincia con ubicación en Valparaíso y, además, se faculta al Presidente de la República para designar médicos legistas ad-hoc en otras ciudades del país.

La reglamentación del Decreto Ley 2175 se estableció por el Decreto Supremo Nº 427, de 27 de Abril de 1943, del cual se conservan muy pocas disposiciones vigentes.

Por diversas leyes y decretos, el último de los cuales es el DFL.91 de 1960, se amplió la planta de funcionarios de Santiago y provincias, con lo cual se ha logrado, paulatinamente, la actual organización nacional del Servicio Médico Legal que comprende un Instituto Central en Santiago y Servicios que abarcan las cabeceras de provincias y departamentos de importancia.

Finalmente se dictó el DFL 196, del 25 de Marzo de 1960, Estatuto Orgánico del Servicio Médico Legal, que le dió su actual estructura y organización. En este texto Legal Orgánico destaca la magnífica concepción de que el S.M.L. se compromete a facilitar la tarea propia de las Universidades. Este Estaturo Orgánico constituyó la culminación de una larga experiencia, de un anhelo del Ministerio de Justicia y de las Universidades de Chile, Católica y de Concepción, de dar forma a una entidad con la fundamentación doctrinaria de los principales centros médicos legales, extranjeros; ésto es, una estrecha vinculación entre la labor pericial, docente y de investigación científica. Los beneficios de esta mutua cooperación, se ofrecen por entero a la Justicia. En consecuencia, el Servicio M.L. chileno es un organismo dependiente del ejecutivo - Ministerio de Justicia - que colabora directamente con las Cátedras de Medicina Legal de las Facultades de Medicina de las

Universidades del país. La labor científica se desarrolla en forma intensa, en estrecha colaboración con los profesionales funcionarios pertenecientes a las Cátedras de Medicina Legal de las Universidades de Chile y Católica, cumpliéndose de este modo, con la labor docente que le encomienda su Ley Orgánica. La convergencia en un terreno de mutua cooperación ha redundado en el prestigio de ambas instituciones y en la calidad del trabajo.

ORGANIZACION.

El Servicio Médico Legal tiene como organismo principal el Instituto Médico Legal "Dr. Carlos Ibar", ubicado en Santiago y comprende servicios dependientes en provincias y departamentos de importancia, donde se desempeñan médicos legistas con sus respectivos auxiliares y, en algunas partes, funcionarios administrativos. Los más importantes de estos servicios son los de Concepción, Valparaíso, Talca, Chillán, Temuco, Valdivia y otros.

El Art. 4° del Texto Legal Orgánico señala que "el Servicio Médico Legal estará integrado por los siguientes organismos:

a) Dirección
b) Asesoría Jurí ica;
c) Instituto Médico Legal "Dr. C. Ibar"; y
d) Servicios Médicos Legales de provincias, departamentos y comunas.

El Instituto Médico Legal de Santiago es el organismo técnico-administrativo central, este organismo no solo lleva el control técnico de todos los servicios dependientes, sino que mantiene el administrativo que comprende todo lo referente a remuneraciones de su personal, abastecimiento de materiales e instrumental, la conservación, reparación y construcción de los edificios en que funcionan los servicios de provincias. Los exámenes más especializados, de todo el país, lo practica la sección correspondiente del Instituo M.L. de Santiago, centro donde se lleva además el control estadístico nacional. Ocasionalmente los jueces designan peritos particulares de conformidad a los Códigos de Procedimiento, peritos que no pertenecen al S.M.L. En todo caso, de acuerdo a las disposiciones de la Ley Orgánica DFL 196 de 1960, el control técnico de todas las pericias médico legales se realiza a través del organismo principal, el Instituto Médico Legal; este cuenta con médicos tanatólogos, especialistas en clínica médico legal, psiquiatras, oftalmólogos, ginecólogos, histopatológos, tecnólogos médicos y químico-farmacéuticos. Su planta administrativa y de servicio es suficiente. Figuran además de la importante Oficina de Presupuestos, la de Relaciones Públicas, Biblioteca y Fotografía.

El Art. 5° del Título II, expresa "El Instituto Médico Legal" comprenderá las siguientes secciones:

a) Clínica;
b) Tanatología;
c) Laboratorios; y
d) Administrativa.

El Art. 9° señala que a la Sección Clínica corresponderán todos los exámenes, tales como los de lesiones, psiquiatría, enfermedades comunes, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, sexología, evaluación de incapacidades, paternidad, abortos, violaciones y otros.

A la sección Tanatología corresponderán las pericias en cadáveres o

restos humanos (Art.10). De esta Sección dependerán las Salas de autopsia y sus anexos, Museos M.L., Laboratorios de Histopatología, cámaras de conservación y exposición y Laboratorios de Fotografía e Identificación.

La Sección Laboratorios tiene a su cargo los exámenes toxicológicos bioquímicos, grupos sanguíneos, alcoholismos, etc.

El Texto Legal Orgánico expresa que las Secciones Clínica, Tanatología y Laboratorios estarán a cargo de un Jefe. Se considerará Jefe de la Sección Administrativa al Jefe del Personal. Los Jefes de Sección tendrán jurisdicción nacional y de ellos dependerán los profesionales funcionarios respectivos (Art.7°). El jefe más antiguo de la Sección Clínica o de Tanatología sunrogará al Director del Servicio y, en su defecto, lo reemplazará el otro Jefe (Art.6°)

En cuanto al Director, el Texto L. O. señala (Art. 11) "El S.M.L. será dirigido y administrado por un Director, quien deberá ser médico-cirujano con un mínimum de diez años de profesión. Será nombrado por el Presidente de la República y tendrá calidad de Jefe de Servicio u Oficina, para los efectos señalados en el N° 8 del Art. 72 de la Constitución Política del Estado. El Art.12° fija las funciones del Director.

a) Dirigir y administrar el Servicio;
b) Velar por la corrección en el cumplimiento de las órdenes judiciales y en la técnica de los trabajos científicos y por el secreto de los procedimientos médico-legales;
c) Dictar las órdenes de Servicio e impartir las instrucciones necesarias para su mejor funcionamiento;
d) Invertir los fondos del presupuesto correspondiente al Servicio; y
e) Adoptar las medidas que sean necesarias para la buena marcha del Servicio y dar cumplimiento a las leyes y reglamentos que digan relación con éste.

En lo que se refiere al Asesor Jurídico, el Art. 14 del Texto expresa que deberá ser abogado. En la práctica sus labores son las siguientes:

- Organiza y dirige las actividades jurídicas del Servicio.
- Estudia e informa sobre proyectos de leyes sobre el Servicio Médico legal o de entidades conexas; redacta y propone Reglamentos Orgánicos o sobre materias tales como Calificaciones, Bienestar.
- Estudia la legalidad e informe, en derecho, sobre Decretos, resoluciones, expedientes y otros documentos similares.
- Controla legal y administrativamente, un grupo amplio de operaciones, beneficios u obligaciones que debe realizar, otorgar o hacer cumplir el Servicio.
- Se preocupa de todo problema, relativo al Servicio, que por su naturaleza requieren supervisión legal y jurídica.
- Informa a los Médicos y Químicos Farmacéuticos Legistas sobre consultas relativas a informes médico legales, en todos aquellos aspectos de derecho que se le plantean, sea a petición de los Tribunales o por iniciativa de los propios peritos.
- Asigna y programa trabajo sobre su especialidad y resuelve toda clase de consultas relativas a ellas, tanto de parte de la Dirección como de las Jefaturas de las distintas Secciones del Servicio.

- Practica sumarios administrativos e investigaciones sumarias en casos graves o complejos, principalmente en relación con los profesionales funcionarios afectos a la Ley 15076

- Dirige y sume la defensa de causas judiciales o tramitación de asuntos no contenciosos de importancia para la Institución, sus funcionarios o particulares, como estudios de antecedentes, probanzas, preparación de escritos y alegatos, preparación de recursos.

- Participa, como miembro, en la Comisión Calificadora del personal no afecto a la Ley 15076 e integra la comisión Calificadora del Personal de Profesionales Funcionarios, actuando como secretario de ella y resolviendo las consultas legales que le planteen sus miembros sobre el particular.

- Fiscaliza en forma directa el cumplimiento de las disposiciones legales y administrativas de organismo, funcionarios o particulares.

- Proporciona instrucción y capacitación legal a personal no especializado.

- Participa en reuniones técnicas de profesionales funcionarios.

- Está informado, en forma permanente, de la dictación y aplicación de nuevas leyes, normas y criterios jurídicos.

- Trata frecuentemente con autoridades, funcionarios y público.

- Interviene en las comisiones de concurso, tanto del personal afecto a la Ley 15076 como del Estatuto Administrativo.

- Mantiene reserva sobre la información que conoce, principalmente por tratarse de un servicio que presta asesoría a los Tribunales de Justicia, en materia médico legal.

- Recibe instrucciones generales de la Dirección, a quien asesora y es controlado en sus resultados.

Para los Jefes de Secciones, el Art. 13° fija las siguientes obligaciones:

a) Supervigilar la marcha y funcionamiento de su sección;
b) Cumplir las instrucciones y órdenes que imparta el Director para el mejor funcionamiento de la sección;
c) Proponer al Director las medidas de buen servicio que estimen necesarias.
d) Fiscalizar el personal de su dependencia; y
e) Cumplir las demás labores que se le encomienden.

FUNCIONES:

Como ya se dijo, las disposiciones por las cuales se rige actualmente el Servicio Médico Legal de Chile datan de 1960. La Ley Orgánica es el DFL 196 del 25 de Marzode 1960, él fija el objeto, las funciones, la organización y las atribuciones del Servicio. Establece que el S.M.L. organismo del Estado, depende del Ministerio de Justicia y que el Fiscal de la Corte Suprema es quien tiene a su cargo la supervigilancia de todo el Servicio y de sus empleados en lo referente al esclarecimiento de los delitos y al cumplimiento de las órdenes judiciales.

Las funciones del Servicio Médico Legal las fija el Art. 3° de su Ley Orgánica, conforme al cual le corresponde:

1° Emitir informes médico legales, a petición de los Tribunales de Justicia;

2° Promover el desarrollo de la investigación científica en materia médico legal;

3° Colaborar con las Cátedras de Medicina Legal de las Universidades del país; y

4° Formar y mantener museos y colecciones de piezas y objetos relacionados con la Medicina Legal.

1°.- Emitir informes médico-legales, a petición de los Tribunales de Justicia.

La asesoría técnica se realiza a través de los múltiples peritajes que emite el Servicio, siendo los más importantes los informes de autopsias, lesiones, psiquiatría, histopatología, toxicología, bacteriología e investigación de la paternidad.

Ya en el año 1967 se practicaron, en todo el país, 6.672 autopsias, 31.983 exámenes clínicos y 7.277 exámenes de laboratorio. Al Instituto Médico Legal de Santiago le correspondió el 50% de las autopsias y de los exámenes clínicos, y prácticamente la totalidad de los informes psiquiátricos, de paternidad y de laboratorio. En el año 1978 el I.M.L. de Santiago practicó alrededor de 3.000 autopsias, alrededor de 17.000 exámenes clínicos y aproximadamente 26.000 exámenes de laboratorio (24.000 alcoholemias de Posta, el 10% de estas en fallecidos; exámenes de tipo bioquímico, cloruremia, plancton, grupo sanguíneo, aproximadamente 1.500 ; toxicológicos alrededor de 600). Anualmente se produce un aumento progresivo del número de los peritajes y de los exámenes complementarios.

Las estadísticas revelan que los accidentes, en general, alcanzan el 58% de las autopsias totales. Este porcentaje es comprensivo de los accidentes del tránsito, domésticos y del trabajo.

Por su parte los accidentes del tránsito constituyen alrededor del 50% del total de los accidentes en los últimos años, cifra que por sí sola pone en relieve la necesidad, no sólo de la labor de asesoría técnica a los Tribunales de Justicia, sino la de contribuir a la divulgación de las medidas de su prevención. Si se hace un cálculo de los accidentes de tránsito en 1976, a pesar de los grandes ocurridos en el mes de Septiembre, la cifra es de alrededor de 17 fallecidos por 100.000 habitantes. Por cada fallecido un accidente de tránsito, hay 25 lesionados. Estos ocupan cerca del 50% de las camas en los Servicios de Urgencia.

En este aspecto el S.M.L. coopera con otros organismos que enfocan la prevención de accidentes, como el Instituto de Ciencias Penales, Club de Seguridad en el Tránsito, Carabineros de Chile (SIAT) y Municipalidades.

A su vez, el Ministerio de Justicia ha tenido una preocupación especial por los aspectos médicos en el tránsito, y patrocinó las Primeras Jornadas Internacionales de Medicina Legal, que se realizaron en Santiago en Abril de 1966 y cuyo tema principal fue la Medicina del Tránsito.

Los homicidios corresponden al 9% del total de las autopsias practicadas en el país durante los años 1966 y 1967, lo que equivale a un porcentaje de 6 a 7 homicidios por cada 100.000 habitantes en el año 1966 y 1967 respectivamente.

Los suicidios, por su parte, correspondieron a 6,3 y 7 por cada 100.000 habitantes en los años 1966 y 1967 respectvamente.

Los exámenes clínicos comprenden los informes de lesiones, psiquiátricos, sexológicos, paternidad, accidentes, invalidez, determinaciones de edad y

otros. Los principales exámenes de laboratorios, que en su mayor parte son complementarios a las autopsias y exámenes clínicos, son los toxicológicos, histopatológicos, bioquímicos, bacteriológicos, sexológicos y criminalísticos en general, como exámenes de manchas diversas, pelos, secreciones, etc. Ilustrativa es la información estadística correspondiente al 4° trimestre 1978 de los departamentos de Tanatología clínica y laboratorios del Instituto Médico Legal

TANATOLOGIA

FORMA MEDICO LEGAL	MESES			
TOTALES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
	269	241	316	826
SUICIDIOS	25	31	23	79
HOMICIDIOS	13	8	20	41
ACCIDENTE DE TRANSITO	105	72	80	257
ACCIDENTE DEL TRABAJO	–	–	1	1
ACCIDENTES NO CLASIFICADOS	68	79	101	248
ABORTO..MADRE	2	2	5	9
ABORTO..FETO	5	1	5	11
ENFERMEDAD	49	47	36	132
OSAMENTAS	2	1	45	48
AMPLIACIONES	14	8	8	30

CLINICA

MOVIL	MESES			
TOTALES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
	1.451	1.326	1.288	4.065
AGRESION DE TERCEROS	832	751	793	2.376
ACCIDENTES DE TRANSITO	446	430	354	1.230
DE TIPO SEXUAL	85	83	61	229
NO CLASIFICADOS	73	51	58	182
DETERMINACION DE EDAD	9	8	21	38
INTENTO DE SUICIDIO	4	2	1	7
CONSULTA MEDICO LEGAL	1	–	–	1
ACCIDENTES DEL TRABAJO E INV.	1	1	–	2
TOTALES	301	324	260	885
AMPLIACIONES	39	47	42	128
VISITAS A HOSPITALES	96	104	76	276
VISITAS A DOMICILIOS	4	6	3	13
SIN CONCURRIR	118	130	104	352
SIN UBICAR	44	37	35	116

PSIQUIATRIA

	MESES			TOTAL
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
PERITAJES PSIQUIATRICOS	69	48	42	159
INFORMES DE PATERNIDAD	3	4	1	8

LABORATORIOS

	MESES			TOTAL
EXAMENES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
TOTALES	2.753	2.469	2.781	8.003
ALCOHOLEMIAS POSTAS	2.286	2.030	2.301	6.617
ALCOHOLEMIAS FALLECIDOS	208	185	190	583
GRUPO SANGUINEO FALLECIDOS	50	63	65	178
GRUPO SANGUINEO PATERNIDAD	9	14	25	48
POLVORAS	56	31	33	120
PESADAS DE PROYECTIL	10	10	12	32
TOXICOLOGICOS	55	54	58	167
CONTENIDO VAGINAL	14	13	15	42
CONTENIDO RECTAL	7	6	7	20
PLANCKTON	15	18	23	56
MONOXIDO DE CARBONO	13	9	7	29
CLORUREMIAS	8	9	12	29
INVESTIGACION DE MANCHAS	5	3	–	8
RH (o)FALLECIDOS	1	4	6	11
RH (o) PATERNIDAD	9	14	20	43
PREGNOSTICON	6	3	5	14
GLICEMIA	1	1	–	2
BACTERIOLOGICOS	–	2	2	4

2°y 3°.- Promover el desarrollo de la investigación científica en materia médico - legal y colaborar con las Cátedras de Medicina Legal de las Universidades del país.

Al Servicio Médico Legal de Chile le corresponde el promover, el realizar una propia investigación científica en Medicina Legal (estadística, trabajos diversos); quien debe velar por su desarrollo, conección y técnica es el propio Director del Servicio Médico Legal.

El Servicio M.L., de acuerdo a su Ley Orgánica se compromete a colaborar con las Cátedras Universitarias de la disciplina, formando la Medicina Legal

parte del curriculum de los estudios de la Carrera de Medicina, corresponde en propiedad a la Universidad formar médicos legistas; el S.M.L. de Chile se responsabiliza a facilitar esta formación según su Texto Legal Orgánico. En efecto, facilita el material docente necesario, suficiente, a los Profesores Directores de las Cátedras y a sus ayudantes. El material destinado a docencia (autopsias, lesionados y otros), por parte de las Cátedras proviene necesariamente del S.M.L., le pertenece por ley. Los departamentos universitarios con esta colaboración pueden a su vez cumplir con su triple labor: docente, de investigación pura y aplicada y de extensión. (Médicos legistas de provincias, Escuela de Derecho, Facultad de Odontología, Instituto de Ciencias Penales, Jueces, Policía, Escuelas de Servicio Social, etc.)

- El Art. 18 expresa: " A pedido del profesor del ramo y previa orden del Director, los técnicos del Servicio M.L. prestarán asistencia, facilitarán las demostraciones prácticas y seleccionarán el material útil para la enseñanza y museos".

- Este aspecto se ve reforzado con el texto del Art.23 de la Ley Orgánica del Servicio que dá a los Profesores Titulares de las Cátedras de Medicina Legal de las Facultades de Medicina, el carácter de médico legistas en los casos judiciales sometidos a su estudio para la enseñanza y la investigación científica, y la facultad de la Dirección del Servicio de otorgar igual calidad a sus ayudantes. Estos profesionales de la Universidad quedan a su vez sujetos a todas las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a los peritos y a las del S.M.L., pero sin percibir remuneración alguna por estas labores. Esta integración docente-pericial, este programa de mutua cooperación, permite la formación de peritos idóneos y redunda en prestigio para ambas instituciones y en beneficios para la justicia.

4° Formar y mantener Museos y colecciones de piezas y objetos relacionados con la Medicina Legal.

Esta función que permite la divulgación práctica de diversos aspectos médico-legales, constituye un medio apropiado para la labor docente. Para este objeto el Instituto Médico Legal de Santiago cuenta con un Museo ya formado y que se enriquece permanentemente.

PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA MEDICINA LEGAL CHILENA

Los problemas principales que afectan al desarrollo médico legal en nuestro país son:

1°.- Déficit de Especialistas.

El déficit de profesionales que afecta a la medicina en general, se agudiza en el caso de los médicos legistas. Esta situación se produce por diferentes factores, de los cuales los más importantes son los siguientes:

a) El legista requiere una especialización previa, como anátomo patólogo, psiquiatra, traumatólogo, ginecólogo, laboratorista u otra especialidad médica que debe aplicar a sus conocimientos de Medicina legal. En la práctica, esto significa, que debe tener una doble especialidad. Al respecto, las Facultades de Medicina deben velar por una docencia seria en Medicina Legal. Deben crearse departamentos de Medicina Legal con profesores y ayudantes competentes. Debe procurarse la especialización y la subespecialización ya que el campo de la disciplina es muy vasto.

b) La Medicina Legal exige, para su eficiente desempeño, de una dedicación exclusiva y, por su naturaleza, no es propicia al ejercicio libre de la profesión.

c) La metódica de la Medicina Legal difiere del resto de las especialidades médicas, por cuanto la aplicación de los conocimientos biológicos debe ir unida a la información jurídica, lo que significa una función ajena a la práctica médica corriente.

d) Otros factores de importancia son el riesgo profesional, la falta de incentivo económico y el ambiente material en que debe desenvolverse la especialidad, principalmente la falta de locales adecuados en los Servicios de Provincias.

2°.- Insuficiencia de Personal Administrativo y de Servicio.

La función técnica debe desarrollarse con escaso personal de colaboración, tanto en las labores paramédicas directas como en rodaje administrativo.

La insuficiencia numérica del personal se agrava por las remuneraciones que percibe, lo que mantiene el desinterés por ocupar las vacantes del Servicio, impidiendo una selección adecuada.

El trabajo del personal del Servicio Médico Legal reviste condiciones particulares. En efecto, la colaboración en las funciones periciales exige especial responsabilidad funcionaria, el ambiente frío, húmedo y séptico expone a riesgos permanentes de la salud y el enfrentamiento diario con la tragedia humana determina un trauma psíquico constante que obliga a un adiestramiento especial y requiere condiciones de salud física y psíquicas compatibles.

3°.- Deficiencias materiales en que debe desarrollarse la especialidad.

La falta de medios materiales, especialmente locales, con manifiesto deterioro de los pocos existentes, constituye otro factor de ausentismo hacia esta especialidad.

La dictación de la Ley 14.657 palió en algo esta situación, ya que en virtud de ella el Servicio Médico Legal puede utilizar las Morgues de los Hospitales, reparar y habilitar locales para este fin dependientes del Servicio Nacional de Salud y Universidades del país.

La aplicación de los preceptos de la Ley citada ha permitido la reparación de algunas Morgues de provincia, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

En cuanto a equipo técnico de trabajo existe insuficiencia en aparataje de laboratorio, de histopatología, de toxicologías; faltan Rayos X; no existe un Electroencefalógrafo que es el complemento indispensable para los peritajes psiquiátricos, en muchos servicios que con medios actuales resultan antieconómicos y de elaboración lenta; se requieren Cámaras Frigoríficas para los Servicios de provincias y, en general el instrumental de autopsia y clínico es reducido.

La adquisición de estos elementos es de costo elevado; pero son indispensables para agilizar y mejorar la calidad técnica de los peritajes, como, asimismo, para estimular el interés por la especilidad.

En el momento actual existe una falta de vehículos en provincia para el transporte de cadáveres, lo que produce diversos problemas de orden judicial y sanitario, además de las dificultades a los adeudos, en especial a las personas de menos recursos.

4°.- Nombramiento de profesionales y peritos Ad-hoc.

El nombramiento de peritos ad-hoc por los Tribunales de Justicia, constituye una solución en las localidades donde no existe un perito oficial.

La escasez de especialistas en provincias se hace más aguda por el déficit de médicos, los que, en general, tienen su jornada normal de trabajo comprometida por sus labores asistenciales.

5°.- Centros Médico Legales.

En provincia los médicos legistas trabajan aisladamente sin posibilidad de integración. La solución ideal, a este problema, es la creación de centros Médicos Legales en todas las zonas densamente probladas.

Estos Centros permitirán el aprovechamiento integral de funcionarios técnicos idóneos, la desentralización técnico-administrativa, mayor rapidez en el despacho de los informes y el afianzamiento de la labor docente, ya que, por lo general, en las grandes ciudades existen Centros Universitarios.

La consecuencia lógica de lo anterior se traduciría en un más alto nivel técnico de los informes, en la divulgación de la Medicina Legal y en interesar a otros profesionales por la especialidad.

Es obvio que la creación de estos Centros Científicos exige técnicos, personal paramédicos, medios de transporte, local adecuado y el instrumental necesario, y vinculación con las Cátedras de Medicina Legal.

6°.- Departamento Psiquiátrico Judicial.

El gran volumen de las pericias psiquiátricas, por razones técnicas, se realizan en el Instituto Médico Legal de Santiago.

Para un diagnóstico más acertado se exige un examen minucioso, en un medio que reuna las condiciones materiales y técnicas adecuadas y en períodos de observación permanente que elimine toda duda.

Desde hace tiempo, como una consecuencia de la falta de disponibilidad del Hospital Psiquiátrico, los exámenes deben realizarse en la Cárcel Pública, en la Casa Correccional y, en otras oportunidades en el Instituto, donde los procesados son traídos con la debida custodia.

Practicadas las pericias en estas condiciones, la elaboración del informe se dilata y se dificulta el diagnóstico, pues no permite la observación permanente y prolongada del reo y la práctica oportuna de los exámenes complementarios, muchos de los cuales deben realizarse en otros establecimientos hospitalarios, por falta de medios materiales en el Instituto, con el consiguiente retardo en la marcha del proceso.

Se ha planteado en diversas oportunidades, la necesidad de construir un Departamento de Diagnóstico Psiquiátrico Judicial, pero la solución ideal, total, sería la creación de un verdadero Hospital Judicial, con Departamentos o Secciones de Psiquiatría, Ginecología forense, etc.El costo de la instalaciones y habilitación de este Hospital se reduciría por las circunstancias de aprovechar los laboratorios existentes e instalaciones propias de la actual Sección Clínica del Servicio Médico Legal.

7°.- Financiamiento:

Las solucionás de los problemas planteados estimamos que serían de difícil alcance sobre la base del Presupuesto Ordinario del Servicio, que suponen inversiones mayores. En consecuencia, podría sugerirse que debería consultarse un financiamiento extrapresupuestario en base a una Ley destinada directamente al desarrollo del Servicio Médico Legal.

A manera de ejemplo, podría legislarse estableciendo un recargo de las multas por infracciones reglamentarias o legales que tengan relación con la actuación pericial del Servicio.

Este financiamiento resultaría lógico si se considera que gravaría exclusivamente en las personas que provocan la intervención del Servicio Médico Legal, sin afectar al resto de la población.

Por otra parte cabe destacar que todas las intervenciones del Servicio Médico Legal son absolutamente gratuitas, en circunstancias que existen peritajes de alto costo que inciden en procesos en los que una de las partes suele obtener beneficios pecuniarios considerables. De lo anterior surge la posibilidad que el Tribunal adquiera la competencia para aplicar un arancel a las pericias médico-legales en la regulación de los costos del proceso.

Conviene finalmente advertir que el problema médico legal chileno, no sólo debe enfocarse en su aspecto material como construcción de morgues y otros, remuneraciones especiales, sino que debe abarcar y fomentar el interés por la disciplina ya que cada vez ese fomento e interés va siendo menor con grave perjuicio para la buena administración de Justicia. En esta tarea corresponde a la Universidad jugar un gran papel. La especialidad requiere de un enfoque cada día más científico, tecnológico y humanista. La Medicina Legal no se improvisa y tampoco sus docentes. Es innecesario dar los argumentos técnicos y éticos que justifican la creación de departamentos universitarios de M. Legal. Las becas para la formación de académicos en M. Legal, que en el año 78, por primera vez, fueron concedidas por la Universidad de Chile, una para cada Facultad, deben ser ocupadas por médicos muy bien seleccionados y, su formación debe quedar a cargo de especialistas idóneos. En un plan de sólida formación general en M. Legal debe propenderse hacia la subespecialización (Tanatología, Psiquiatría, etc.).

Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina
Sede Norte

Antes de dar cuenta de la ubicación física, organización, finalidades y pensamiento del Departamento de Medicina Legal es necesario recordar lo básico acerca de la estructura y gobierno de la Universidad de Chile: el Departamento, la Facultad, la Sede; además conceptos de funcionario universitario y de académico. Todo esto está contenido en el Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile, aprobado por D.F.L. Nº 1.

Referencias del Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile:

1) La Universidad de Chile es un establecimiento público, autónomo, independiente de la administración central del Estado. Es una persona jurídica de derecho público, con patrimonio propio y con domicilio en la ciudad de Santiago. Su representante legal es el Rector. La Universidad de Chile tiene derecho a establecer y mantener relaciones con todas las entidades nacionales, internacionales o extranjeras, y acreditar representantes ante ellas para los fines que estime convenientes (Artículo 5º Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile) Corresponde privativamente a la Universidad de Chile, en virtud de su autonomía, la potestad de regirse, gobernarse, organizarse y determinar el sentido, la forma y las condiciones de su actividad, según mejor convenga a sus propios fines y conforme a su sola voluntad, expresada del modo previsto en esta ley y en los reglamentos que la autoridad universitaria dicte. De la misma manera le corresponde privativamente determinar sus funciones y actividades académicas, la forma de administrarse, la planificación de su acción y desarrollo, la distribución de su presupuesto y, en general, la realización de todos aquellos actos y modos que requieran las funciones que le son propias (Art 6º). La facultad de decidir sobre la marcha académica de la Universidad de Chile, sobre el modo de gobernarla y administrarla y sobre la manera de realizar las funciones respectivas, reside esencialmente en los miembros de la comunidad universitaria, dentro de los límites y en la proporción y forma determinados en este Estatuto (Art 7º)

Estructura y gobierno.-

a) Los Departamentos Son las unidades académicas básicas de la estructura universitaria encargadas de proyectar, orientar, organizar, realizar y evaluar integradamente la investigación científica y tecnológica, la expresión o creación artística, la docencia y la extensión universitaria en el campo de la cultura que el Consejo Normativo Superior haya situado en el ambito de su responsabilidad. Tendrán, además, las otras funciones que los reglamentos les señalen. Los Departamentos son indivisibles en cuanto a su gobierno y administración; poseen rango universitario equivalente, y estarán o no asociados en Facultades en la forma y condiciones que determine el Consejo Superior de la Universidad (Art 9º)

b) Las Facultades son organismos de gobierno encargadas de desarrollar una tarea permanente en un campo cultural mayor que el propio de los Departamentos. Están constituídas por Departamentos cuya actividad está orientada a objetivos comunes, análogos o complementarios y que, por decisión del Consejo Superior, se agrupan para coordinar sus actividades académicas y administrativas (Artículo 10).

c) Las Sedes son las unidades mayores de la Universidad. Están compuestas por Departamentos asociados o no en Facultades y se vinculan directamente con el Gobierno Central de la Universidad. Cada Sede tendrá unidad territorial, un tamaño crítico funcional y un importante grado de autonomía administrativa, financiera y de gobierno (Artículo 11)

Las autoridades de la Universidad de Chile son colegiadas y unipersonales. Son autoridades colegiadas los Claustros, los Consejos Normativos y

los Comites Directivos. Las autoridades unipersonales son el Rector y el Secretario General, los Vicerectores y Secretarios de Sedes, los Decanos y Secretarios de Facultades, los Directores y Secretarios de Departamentos. Los Consejos Normativos de los Departamentos, Facultades y Sedes dentro de sus múltiples atribuciones tienen el de elaborar los programas de docencia, investigación o creación y extensión en el campo que le corresponda. Los planes de estudio serán propuestos a la autoridad inmediatamente superior por la respectiva Facultad y Sede. Los programas correspondientes al plan de estudios serán aprobados por la Facultad o Sede a propuesta de los Departamentos que correspondan.

La coordinación y supervigilancia de todos los organismos técnicos, administrativos y de servicios corresponderá al Rector, a los Vicerrectores, a los Decanos y a los Directores, conjuntamente con los Secretarios.

Finalmente es importante señalar lo que expresa el Estatuto Orgánico en cuanto a quienes son funcionarios universitarios y académicos. Son "funcionarios universitarios" quienes, en virtud de designación de la autoridad competente, desempeñan funciones propias de la Universidad o complementarias de ésta. Son "funcionarios académicos" quienes realizan las tareas de docencia, investigación científica y tecnológica o creación artística y extensión universitaria, integrados a los programas de trabajo de los Departamentos.

2) El Departamento de Medicina Legal reside en locales del Instituto Médico Legal. Dr. C. Ybar; dispone, también mediante cooperación del Director del Servicio Médico Legal a la Facultad, del uso de amplios locales docentes: Auditorio, Anfiteatro de autopsias, Biblioteca, Museo Médico Legal. Componen el Departamento, el Director, el Secretario, un profesor de Anatomía Patológica para la formación de post-grado, un profesor de Química Legal, dos ayudantes (uno en Tanatología, el otro en Clínica Médico Legal), un médico becado que se subespecializará en Obstetricia-Ginecología Forense, una secretaria docente, un fotógrafo, un técnico-administrativo, dos ayudantes técnicos (uno en Histopatología forense, el otro en autopsias médico legales) y un auxiliar. El equipo de asistentes colaboradores es importante: expertos en Criminalística y Criminología en Odontología Forense, Asesoría Jurídica médico legal.

Desde su creación a la fecha el Departamento luce con legítimo orgullo un gran número de autopsias y peritajes clínicos diversos, aportados a través del Servicio de Medicina Legal a la justicia del país; ellos son el producto de una selección y posterior ejecución sólo con fines docentes y de investigación científico tecnológica.

El Departamento de Medicina Legal se ha propuesto dignificar, darle el justo sitial de prestigio, a la disciplina: a)<u>En docencia de pregrado</u> (Facultad Medicina Norte) se propone reforzar el enfoque de doctrina jurídica esencial para el médico-legista de Patología Morfológica necesaria en Tanatología de Toxicología clínica tan indispensable en Química Legal y de Clínica Forense (análisis crítico del informe pericial de lesiones y psiquiatría). Fundamental es igualmente desarrollar con profundidad la Medicina Legal Contemporánea (Medicina Legal Social, Medicina Legal Profesional). Para esta tarea se cuenta con un amplio equipo de colaboración (Asesoría Jurídica, Profesores Titulares de Anatomía Patológica, Profesor de Química Legal, Facultad de Ciencias Químicas, Psiquiatras, expertos en Medicina Social y destacadas figuras del Colegio Médico de Chile) Se estiman de gran importancia, además los conocimientos de Criminalística aportados por sus verdaderos profesionales.

La formación de becados en Medicina Legal contempla un vasto y sólido programa de formación general y se propende a una subespecialización final (la Medicina Legal no es exclusivamente, ni mucho menos Tanatología como se ha presentado habitualmente, es una disciplina que abarca a la Medicina toda)

b) En docencia de post-grado considera en primer lugar prestar asistencia teórico-práctica a los médicos legistas de provincia, jueces, Carabineros de Chile, Servicio de Investigaciones, etc.

c) En investigación científica y tecnológica, en una primera fase se propone desarrollar la Química Legal, la "Anatomía Patológica Forense", la Psiquiatría y la Obstetricia-Ginecología Forense. En esta etapa se procura ensanchar el Laboratorio Médico Legal (toxicología, histopatología forense) y vincularlo con el de otros centros universitarios (Facultad de Odontología, Facultad de Ciencias Químicas) e instituciones tales como el Instituto de Ciencias Penales, Laboratorios de Policia Científica.

d) En extensión Se contemplan suficientes visitas a Servicios médico legales de provincia y a Departamentos médico legales, todasdestinadas al intercambio de experiencia. Está en plena vigencia y desarrollo un convenio entre Facultad Medicina Norte, Carabineros de Chile, Servicio Medicina Legal y Ministerio de Justicia para formar oficiales colaboradores del médico legista. La Facultad de Odontología con la colaboración del Departamento y del Servicio de Medicina Legal inaugurará proximamente la Asignatura de Odontología Forense.

El Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina Norte desea apoyar la tarea de vertebrar instituciones y disciplinas a fines con la Medicina Legal. Algún día el Juez, persona encargada de sustanciar el proceso y dictar sentencia recibirá un paquete de información coherente, científico (lugar del suceso, testimonios, autopsia y otros) y, la justicia será favorecida.

PAPEL JUDICIAL DEL MEDICO. FUNCIONES DEL SERVICIO MEDICO LEGAL.-

El Juez necesita asesorarse de personas que le ayuden a resolver muchos de los problemas que se le plantean a diario en el desarrollo de los procesos judiciales, para ello busca a aquellos que denominan algún arte u oficio, y haciendo uso de las prerrogativas que le otorga la ley, los designa como peritos.

Consagran la existencia del informe de peritos, dan facultad al Juez para designar peritos, los Arts. 221 y 222 del Código de Procedimiento Penal y los Arts. 409 y 411 del Código de Procedimiento Civil. Los Arts. 227 y 228 del Código de Procedimiento Penal señalan la obligación que tiene toda persona designada como perito de aceptar el encargo que se le confía. El Art. 237 del mismo Código dá las normas a seguir en cualquier informe pericial.

En el procedimiento penal, toda vez que se plantea un asunto médico, se nombra necesariamente un perito médico. En el procedimiento civil, lo mismo acontece ordinariamente. En materia civil el peritaje médico se hace obligatorio, por ejemplo, en los casos de declaración de interdicción por causa de demencia, en los juicios sobre servidumbre de instrumentos probatorios, en la calificación de la edad, etc.

En derecho penal, el papel judicial del médico está subordinado al procedimiento judicial, que se desarrolla en cuatro tiempos:

1º La búsqueda y constatación del delito: Reclama frecuentemente la intervención del perito médico, en cuanto se trata de atentados a la vida (heridas, asesinato, envenenamientos, aborto, infanticidio) o atentados a las costumbres. Los peritajes médico-legales tienen por fin la determinación de la naturaleza del hecho judicial y de su causa criminal o de su origen accidental o natural.

2º La búsqueda del agente de la información: Comprende el estudio de las piezas de convicción, de las huellas e indicios, es decir la puesta en marcha de los medios de que disponen los laboratorios de policía técnica y de Medicina Legal.

3º La apreciación del grado de responsabilidad penal; del inculpado exige a veces un informe médico legal de orden psiquiatrico.

4º La apreciación de culpabilidad pertenece al Tribunal. A él le corresponde el probar la intención criminal, apoyándose, incluso si llega el caso, en las observaciones médico-legales.

En derecho civil, la colaboración médico legal tiene por objeto mostrar al Tribunal la realidad e importancia de un perjuicio físico y su estimación.

El peritaje médico en el caso de lesiones y autopsia judicial está expresamente reglamentado: el Art. 141del Código de Procedimiento Penal reglamenta el informe pericial del médico en el caso de leiones y el Nº 126 del mismo Código el informe médico en las autopsias requeridas por la Justicia. Por último tenemos que el organismo estatal encargado de la asesoría técnica de los Tribunales de Justicia, en materia médico legal, el llamado Servicio Médico Legal, está regulado por el D.F.L., 196 del 25 de Marzo de 1960. El Servicio Médico Legal fué estructurado mediante el Decreto Reglamentario del Ministerio del Interior Nº 1049, promulgado el 30 de Agosto de 1915 el D.F.L. Nº196 de 1960, fija el texto la Ley Orgánica del Servicio. Las disposiciones de este decreto fijan en definitiva el objeto y funciones, la organización y atribuciones del Servicio. Señalan que es un organismo de Estado dependiente del Ministerio de Justicia, al cual la ley asigna dos funciones primordiales: asesoría de los Tribunales de Justicia en materia médico legal y labor docente y de investigación científica en todo lo que se refiere a la Medicina Legal. El Servicio tiene su centro principal en el Instituto Médico Legal "Dr.Carlos Ibar", ubicado en Santiago y comprende servicios dependientes instalados

en las ciudades de mayor importancia. Entre los servicios dependientes los más importantes son: Concepción, Valparaiso, Talca, Chillán, Temuco, Valdivia y otros.

En nuestro país, la asesoría técnica de los Tribunales de Justicia se cumple mediante la emisión de informes y dictámenes que deben evacuar los médicos legistas y funcionarios técnicos del Servicio Médico Legal. Ocasionalmente los magistrados designan peritos particulares de conformidad a los Códigos de Procedimiento, peritos que no pertenecen al Servicio Médico Legal. En todo caso, de acuerdo a las disposiciones de la Ley Orgánica del Servicio Médico Legal, el control técnico de todas las pericias médico legales se realiza a través de su organismo principal, este es el Instituto Médico Legal de Santiago. Los exámenes más especializados, de todo el país, los practica la Sección correspondiente del Instituto Médico Legal, organismo donde se lleva, además, el control estadístico nacional. El Instituto no sólo lleva el control técnico de todos los servicios dependientes, sino que mantiene el administrativo.

Las referencias legales citadas, en conjunto, consagran al médico como perito, justifican la existencia del médico legista del Servicio Médico Legal y la enseñanza de la Medicina Legal en las Facultades.

El papel judicial dado al cuerpo médico abarca las relaciones establecidas entre la justicia y la medicina, los jueces y los médicos. Para comprender exactamente el modo en que se verifica esta colaboración y la delicada misión del perito médico es necesario tener conceptos claros acerca de Derecho, Justicia, y de organización de la Justicia en Chile.

DERECHO-JUSTICIA. El hombre viene al mundo con ciertas facultades originales; una de ellas es su naturaleza social. Esta naturaleza humana halló luego una fórmula científica: el Derecho. El Derecho, una ciencia, una fórmula científica, es la realización de la naturaleza social del hombre. El Derecho encontró luego una fórmula moral, interior, inviolable; una fórmula de conciencia: he aquí la justicia. Esta Justicia encontró por fin, una fórmula práctica, presente, social ejecutiva: he aquí la Equidad o realización de la justicia.

El Derecho (una ciencia, que toca al raciocinio), es intelectual; la Justicia (una virtud, que toca a la conciencia), es moral; la Equidad (un hecho que toca a la conducta), es práctica. El Derecho es un hecho inteligente, el Derecho "se sabe"; la Justicia, un hecho moral, la justicia "se siente"; la Equidad o realización de la justicia "se practica".

En la sociedad humana debe imperar el Derecho, la Ley, la Justicia. Derecho es la facultad natural del hombre para hacer dentro de la Ley lo que le conduce a los fines de su vida. Derecho es la facultad para hacer o exigir todo lo establecido en nuestro favor por la Ley o la autoridad o que el dueño de una cosa nos permite en ella. Derecho es razón, equidad, obligación o deuda. Se denominan Ciencias Jurídicas a aquellas que estudian el Derecho; Ciencias Jurídicas es la ciencia que estudia lo jurídico es decir "lo que se hace o está según forma legal o de derecho".

La Ley reglamenta al Derecho y la dictación de la Leyes queda delegada en los llamados legisladores.

Derecho es lo justo, lo legítimo, lo razonable. Hacer derecho es hacer Justicia es la virtud de dar a cada cual lo que le corresponde "Eso es de Justicia" significa "lo que debe hacerse" según razón, equidad humana o derecho. A los jueces o magistrados, personas que tienen potestad para juzgar y sentenciar en último término, corresponde la aplicación e interpretación de las leyes. Son ellos los que imparten la Justicia, es decir el derecho, razón o equidad humana.

El Derecho es una manifestación de la conciencia colectiva y, la Ley como la costumbre, no es otra cosa más que la cristalización de la conciencia jurídica del grupo. La Ley emana de un cuerpo social.

Ley es regla y norma útil de conducta, basada en sólidos principios científicos biológicos, que nosotros mismos, todos, libres y naturalmente nos hemos dado a través de determinados representantes técnicos, con el objeto de regular las relaciones sociales en procura de una mejor Justicia, convivencia, paz, armonía y progreso.

..2

El cumplimiento de la Ley, una virtud, es lógico que sea obligatorio y su infracción sancionada. Es necesaria una sanción para que las creencias morales que constituyen el patrimonio espiritual del grupo y que aseguran su unidad no sean violadas inpunemente, lo que pondría en peligro su misma existencia y fines, la función de la responsabilidad es la de hacer posible la aplicación de esta sanción, suministrándole un punto de aplicación.

Hay que renunciar a la idea de una Ley absoluta e inmutable. Si se advierte que el Derecho es antes que nada creencia, resulta de ello que dura tanto, ni más que menos que la creencia que le ha dado origen. (No es necesario que una Ley sea suplantada por otra Ley para que pierda su valor, existe también una muerte natural de la Leyes, ya sea por desuso u otros).

Al Derecho interesa el estudio del hombre en cuanto sujeto de obligaciones, derechos, capacidad y responsabilidad. Es por ello que estudia al hombre a través de su vida, para conocer todas las circunstancias o accidentes que puedan otorgarle o quitarle derecho o disminuir su capacidad de goce o de administración o variar su responsabilidad. Por regla general, el individuo adulto posee una suma de cualidades que le permiten actuar en la vida diaria, ya sea desde el punto de vista familiar y social, como del jurídico; esto cosntituye, en síntesis su capacidad. Existen dos clases de capacidad para el Derecho: una de "goce" y otra de "ejercicio". La de goce la tienen todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición por confundirse su concepto con el de persona.

La responsabilidad, por otra parte, no implica sino el complemeto de la capacidad y consiste en la obligación que pesa sobre el individuo de indemnizar los daños que causa por el no cumplimiento de sus obligaciones o por la comisión de actos dolosos o culpables. Para que una persona sea capaz y responsable necesita del normal funcionamiento de su sistema senso-perceptivo, de su inteligencia y de su voluntad. Estas condiciones se reúnen, y por regla general, en el individuo adulto en estado de salud mental y que no está afecto a estados patológicos que anulan algunas de sus esferas de actuación.

Existen fundamentalmente el llamado Derecho Civil y el Penal o Criminal; el primero, es el que regula las relaciones privadas de los sujetos entre si; el criminal o penal es el que regula el castigo de los delitos por la imposición de penas.

El Derecho, la Ley, la Justicia, para cumplir con su razón de ser y para poder ser aplicada, para no ser burlada deben estar fundamentadas en sólidos principios morales, en el amplio conocimiento de los principios científicos de la Biología humana. No solo la dictación, sino la interpretación y aplicación de la leyes requiere de una amplia y profunda consideración biológica de la persona humana. Asuntos tan fundamentales como la consideración de los problemas de la imputabilidad y de la responsabilidad (piedras angulares del C. Penal) no se puede afrontar con prescindencia de los postulantes de la Biología. Puede decirse que no es posible resolver ninguna materia jurídico-social sin la consideración

...3

de tales principios.

Cooperación. Cooperar significa obrar conjuntamente con otro u otros para un mismo fin. La cooperación es un deber, es decir una obligación moral.

En la vida de sociedad moderna destacan las relaciones de cooperación sobre las de "pura imposición". La vida social, la sociedad, tiene un carácter espontáneo, natural: no nace de la imposición ni son los legisladores quienes "decretan la sociedad", pero, la realidad social que es deseada, que responde a una aspiración involucra una imposición que se ejerce sobre los individuos y que se manifiesta por los sentimientos de estar obligado, de respeto, escrúpulos, etc., que hace nacer en la conciencia de los individuos y por las sanciones de todo tipo que traducen la reacción del grupo contra la infracción. La cooperación es una variante de esta presión social, de este carácter "impositivo" de la vida social y sus fines. La cooperación es un hecho social, moral y como todos los hechos ,o fines morales, al mismo tiempo que obligatoria, se presenta siempre como algo deseable, como algo bueno. Cuanto más compleja es la sociedad más autónoma es la instrucción y perfeccionamiento constante de su espíritu que irá moldeando, tranquilizando y ordenando al cuerpo.

Organizarse, existir en común organizadamente; laborar en común, en comunidad, en sociedad (por sociedad acepto la reunión o agrupación de individuos, familias pueblos o naciones, con un fin determinado que es alcanzar la vida plena, el bien común tras un trabajo de la voluntad y de la inteligencia, tras un depliegue del espíritu).

El ascenso de lo material a lo,espiritual creerá un mundo espiritual, el que junto con los, factores materiales de nuestro medio biológico y de nuestro medio técnico terminará por influir, conformar, soportar, mantener y hacer progresar a la sociedad.

—<u>Normas y su cumplimiento</u>.

Los hombres tienden a vivir juntos a los otros, tienden a agruparse en conjuntos (tribus, clases, aldeas, pueblos, ciudades, países). El hecho es que de manera alguna es normal que el hombre viva aislado. Por eso decimos que el hombre es un ser naturalmente sociable, un ser que vive en sociedad. Los hombres dotados de facultades superiores, tienen conciencia de su agrupamiento y todavía más, se unen con la intención de procurarse mejor vida. En pocas palabras, se agrupan organizándose socialmente. Esta organización entre otros implica la elección de una persona o de varias que dirijan el grupo y, ponerse de acuerdo con respecto a lo que cada uno puede y debe hacer en relación con los demás y viciversa. Es decir, que desde el momento en que el hombre pertenece a un grupo debe aceptar lo, que ese grupo ha instituído so pena de ser expulsado de él. Si bien es cierto que como miembro de una sociedad podemos y debemos aportar cosas nuevas, no es menos cierto que hay otras establecidas a las cuales debemos someternos. Y este sometimiento, se hace necesario. De lo contrario, si cada uno hiciera lo que se le antojara, incluso pasando por encima de los demás, ya la agrupación dejará de responder a la finalidad del bien común y dejará de ser sociedad y sólo será posible compartir una convivencia informal.-

Vivir en sociedad supone renunciar a muchos impulsos y deseos que, como individuos, sentimos. El respeto al prójimo y a la tranquilidad social así lo exigen. Pero el hombre muchas veces, no está del todo convencido de que deba guardar este respeto y velar por esta tranquilidad. Entonces es necesario dictar normas sociales, morales y jurídicas que re-

gulen las relaciones entre los individuos de un grupo, normas que obliguen a los hombres, normas que constantemente les están recordando que frente al "Yo" están los demás.

El individuo se integra en el grupo y cada grupo parcial en la comunidad totál, pero sin que tenga lugar una dominación autoritaria, ni una subordinación o imposición brutal, ni siquiera una coordinación artificial.-

Sabido es que cada sociedad, en el tiempo y en el espacio conforma un sistema de ideales, que constituyen su razón de ser. Pues bien, tales ideales precisamente, son los que se expresan muchas veces por las normas, ellas reflejan, en alguna medida, aquellos ideales temidos, como deseables. Pero, también, usos y costumbres aparecen en el escenario, manteniendo un constante juego con el elemento norma. A veces usos y costumbres originan normas; otras, a la inversa.-

El acto ordenado por la regla debe ser deseado en una forma especial (pero muestra aspiración hacia ese acto, no se manifestará sin un cierto esfuerzo, sin un cierto dolor). No podemos cumplir un acto que nada nos dice y únicamente porque nos es ordenado. Perseguir un fin que nos deja frio, que no nos parece bueno, que no toca nuestra sensibilidad, es algo psicológicamente imposible. Todo fin realmente moral, al mismo tiempo que obligatorio, se presentará siempre en cualquier grado como verdaderamente deseable.-

Las normas, solo así engendradas, harán posible la vida en sociedad; establecerán una convivencia agradable y deseada porque apuntarán realmente a la obtención del bien común. Y este bien común supone hechos, avances, que el hombre aislado jamás podría obtener.-

Las normas que rigen a los hombres en sociedad, con su autoridad, le dicen lo que deben o no deben hacer; lo que pueden o no pueden realizar; en buenas cuentas; mandan, prohiben o permiten y sus acatamientos si no obedecen a la presta comprensión del bien o del mal, obligan por el temor a la sanción. Pero, para que sean válidas, los hombres deben sentir auténtico respeto por ellas. De lo contrario es como si no existieran. La civilización de un pueblo se mide fundamentalmente por el respeto que los hombres tienen a sus normas justas concebidas como reglas de conducta, deseadas y obligatorias, que rigen las relaciones de los individuos con miras al bien de todos, al bien común.-

La sociedad está regida por tres grandes tipos de normas las sociales, las morales y las jurídicas; a ellas se somete el hombre.

1.- Normas socialcs: es el acervo de costumbres, usos y convencionalismos que deben observar los miembros de una sociedad. No están escritas en códigos, ni existen organismos oficiales encargados de hacerlas cumplir, pero su no obsxrvación acarrea una sanción social que el grupo dejará sentir en forma de rechazo. Estas normas poseen una validez relativa, cambian de país en país, de pueblo a pueblo. Su vigencia dependerá de la situación, del momento y del lugar en que se halle el individuo.-

La imposición social obliga al individuo como miembro de un grupo: orienta su proceder con los demás, sin interesarle el comportamiento íntimo del sujeto, su vida espiritual. Surge compromiso social solo cuando por lo menos dos personas se enfrentan, este enfrentamiento supone el sometimiento de ambas a determinadas normas.-

2.- Normas Jurídicas: Estas también regulan la convivencia y las debemos acatar, querámoslo o no, nos guste o no nos guste, so pena de ser multados, encarcelados o hasta que debemos pagar con nuestras vidas. Nos dicen lo que debemos y no debemos hacer. Nos mandan, nos prohiben y nos permiten; junto a esto, nos reservan una sanción que los organismos oficiales del Estado se encargan de aplicar en el caso que no las acatemos, La norma jurídica es, pues, imperativamente obligatoria.-

....4

En la sociedad humana debe im erar el Derecho y la Ley.

3.- Normas morales: Esta no mira tanto el comportamiento externo de los individuos sino su conciencia. Enseña al hombre a pensar o mejor talvez, a orientar sús intenciones a elegir las buenas y a deshechar las malas. Son normas estas que no cuentan con tribunales, policía, que señalen su cumplimiento, sino que tienen relación con nuestras propias conciencias. Podemos cumplirlas o no, aceptarlas o no pero existen y su validez es absoluta y perenne, porque se hacen en la propia convicción, en el autoconvencimiento férreo o inamovible.-

Los hombres rigen sus destinos por un conjunto de normas; pero cuando profundas y arraigadas convicciones morales fortalezcan nuestras decisiones, cuando todos comprendemos el verdadero sentir de nuestra existencia, dichas normas estarán demás y el hombre será libre verdaderamente.-

Derecho Positivo

Derecho positivo es el total del ordenamiento jurídico escrito. Este derecho, establecido por leyes, se usa en contraposición al derecho natural. Derecho natural son los primeros principios de lo justo y de lo injusto, inspirados por la naturaleza, el derecho natural comprende todas aquellas "normas anteriores al hombre mismo", normas no escritas que existen dentro de la conciencia humana.

El derecho positivo está integrado por Leyes y Códigos. Ley es la ordenación racional encaminada al bien común, promulgada por quien cuida de la comunidad (Sto. Tomás de Aquino); Ley es "norma de conducta socialmente obligatoria, cuyo incumplimiento acarrea una sanción" (autor francés); Ley es "una declaración de la voluntad soberana que, manifestada en la forma prescrita en la Constitución, manda, prohibe o permite" (Art. 1° Código Civil)

Constitucionalmente las leyes son dictadas por el Presidente de la República y el Poder Legislativo.

Código es un conjunto ordenado de leyes que versan sobre una misma materia; en ellos se coloca la ley según el texto vigente y no según la cronología. El concepto de código es una adquisición relativemente reciente, en efecto, ellos comienzan a aparecer no hace más de doscientos años; antiguamente el derecho se conociá simplemente por las recopilaciones legales.

Divisiones del Derecho Positivo

El derecho positivo, sedivide en 2 ramas: derecho privado y derecho público.

El derecho privado rige las relaciones entre los particulares. Se inscriben dentro del derecho privado el derecho civil y el comercial. Derecho Civil es el que especialmente regula las relaciones privadas de los ciudadanos entre sí. Derecho comercial es el el que de manera especial rige los actos del comercio. El derecho público es el que rige el poder del Estado; regula el orden general del Estado y sus relaciones con los súbditos o con los demás Estados. Ramas importantes del derecho público son el derecho constitucional y el derecho penal. El derecho constitucional se refiere a la organización y atribuciones de los poderes del Estado; contiene las leyes fundamentales del Estado que sirven para las demás y que esencialmente regulan la forma y función de los poderes públicos.

El derecho penal establece los casos en que el Estado por medio de la Justicia puede castigar; regula el castigo de los delitos por la imposición de penas. El derecho penal es un ordenamiento de derecho público. La función represiva está reservada en forma exclusiv al Estado. Solo éste puede dictar normas que establezcan delitos e impongan penas. Podría todavía decirse que esta potestad primitiva representa por excelencia el poder interno: el imperio o soberanía interior del Estado.

Asuntos del Derecho Penal

El derecho penal se ocupa:

a) Del delito; El delito ha sido definido como "acción u omisión voluntaria penada por la ley" Jurídicamente se conceptúa el delito como "acción u omisión voluntaria típicamente antijurídica". Típica significa descrita por la ley, y antijurídica, prohibida por la ley.

b) Del delincuente. Debe establecerse que persona es responsable del delito; y

c) De la reacción social frente al delito. Esto se refiere a pena y a medidas de seguridad o prevención. Intrínsecamente la pena consiste en una disminución o pérdida de los derechos que el trasgresor debe sufrir y que el Estado debe imponerle por medio de sus órganos. Se conocen como "medidas de seguridad" a las instituciones jurídicas cuyo fin no es la represión de los delitos ya cometidos, sino la prevención de los delitos y la rehabilitación de quienes los han cometido o pudieran cometerlos (v.gr., la Ley de Estupefacientes esta-

blece la internación de los drogadictos en un establecimiento hospitalario). Debe admitirse que las medidas de seguridad, aunque su finalidad sea diferente, se traducen en último término en alguna forma de disminución de los derechos, y caben también en ese concepto tan amplio de pena.

Asuntos del Derecho Civil

Podría decirse que el derecho civil trata de todo aquello que no es contenido de las otras ramas del derecho, sin embargo, obligatoria y tradicionalmente, el derecho civil se ocupa de regir las siguientes materias:

a) Las personas. Esto se refiere al derecho de familia, fundamentalmente. (nacimiento, muerte, estado civil, etc.);
b) Los bienes. (Regula su adquisición, las facultades que se tienen sobre ello, etc.);
c) Los contratos y obligaciones. Obligación es un vínculo jurídico establecido entre 2 o mas personas, por virtud del cual una de ellas, el deudor, se encuentra en la necesidad de realizar en provecho de la otra, una prestación. Contrato o convemción es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer, alguna cosa; y
d) La herencia.

Juicio Penal y Civil

Para realizar los fines propios del derecho penal y del derecho civil, existen normas o procedimientos especializados. Así existe un procedimiento penal y uno civil. Juicio o proceso es la forma de materializar el procedimiento.

El juicio o proceso penal tiene por finalidad establecer si debe o no condenarse a alguién por un delito, y el civil decidir una contienda o disputa entre partes. El juicio penal se caracteriza por el papel preponderante que tiene el Juez, éste no sólo decreta las diligencias que piden los interesados sino todas aquellas que estime conveniente para el esclarecimiento del hecho; v.gr., si en materia penal se acompaña un documento, el Juez tendrá que cerciorarse de la autenticidad del mismo, que realmente esté formado por determinada persona, etc. El procedimiento penal busca la verdad real.

En el juicio civil, por regla general, el Juez sólo decreta las diligencias que le han sido solicitadas. En materia civil si, por ejemplo, se acompaña un documento y él no es objetado por las partes el magistrado no entra en averiguaciones acerca de si realmente lo frmó determinada persona, si la firma es auténtica, etc.

Este ejemplo del documento ilustra acerca de la verdad real del juicio penal y su contraposición, la parcial o interesada del juicio civil.

El Juicio penal se puede iniciar mediante:

1.- Denuncia del hecho por parte de cualquier persona. Sólo se requiere dar a conocer lo que se sepa del hecho. La denuncia no exige el concurso de un abogado. El denunciante no pasa a intervenir directamente en el juicio, no puede nombrar abogado ni pedir deligencia.

Importa considerar que por ley están obligados a denunciar: los funcionarios públicos respecto de los delitos que advirtieren en el ejercicio de sus funciones, y los médicos si notaren en una persona o en un cadáver señales de algún delito. Los médicos tratantes están obligados aunque actuén como particulares o privados;

2.- Querella del ofendido o de sus representantes legales(padre, madre, tutor). El querellante pasa a intervenir directamente en el juicio penal o ceiminal.

3.- De oficio. Actúa el tribunal por propia iniciativa (Por ejemplo: cuando el Juez presencia la comisión de un delito o se informa de él).

-En materia civil, la demanda, el juicio civil, se inicia exclusivamente por demanda del interesado. Esta demanda debe hacerse por intermedio de un abogado.

El juicio penal tiene dos etapas: el sumario y el plenario. El sumario tiene por objeto establecer el hecho y asegurar la persona del delincuente. Asegurar significa que el inculpado va a quedar vinculado al tribunal ya sea mediante la detención o la libertad bajo fianza.

Esta primera etapa, generalmente secreta, es de investigación. Lo que se investiga en el sumario es el hecho. Aún cuando el acusado reconozca su culpabilidad, debe investigarse de todas maneras el hecho, mediante los medios de prueba. El hecho, en el caso de un homicidio, por ejemplo, es que "alguién mató a un sujeto". Para que el hecho se convierta en un delito, homicidio por ejemplo, se requerirá formular un juicio de injusticia y de culpabilidad. (Faltará el injusto si se ha matado legítimamente, por ejemplo en defensa propia, y faltará la culpabilidad si no concurren los elementos subjetivos, por ejemplo, era sonámbulo mental el que mató o se mató por error.)

El plenario, segunda etapa del juicio penal, tiene por objeto recibir las alegaciones de derecho que hagan el querellante y el reo, y producir la prueba que no se rindió en el sumario. Como el sumario es generalmente secreto las partes tienen poca oportunidad para rendir prueba; en realidad en el sumario se rinde prueba; pero no se sabe, por el carácter secreto de la etapa, cuál es el resultado que está dando el medio de prueba. El plenario es público y las partes pueden allegar nuevos elementos de prueba o mejorar la prueba ya rendida. El plenario se llama también"período de discusión" por el hecho de que cada cuál alega lo que conviene a sus intereses.

-El juicio civil se inicia con un período de discusión, si en él los hechos no se controvierten por las partes, el Juez nada tiene que investigar. Sólo se pasa al período de prueba cuando en el de discusión aparecen hechos controvertidos.

Medios de prueba.- Los medios de prueba para el Juicio Penal y el Civil, son los siguientes:

1.- La confesión
2.- Los documentos
3.- La prueba testimonial o de testigos
4.- El informe de peritos (verbal o escrito)
5.- La inspección del Tribunal
6.- Las presunciones legales.

Los medios de prueba son excluyentes entre sí: una sola probanza puede constituir un solo medio de prueba.

No hay diferencia sustencial entre un informe pericial decretado en un Juicio Civil respecto de uno decretado en un Juicio Penal. Solo existen algunas diferencias en cuanto a la forma en que ambos se producen: en el juicio penal el perito es nombrado por el Tribunal, en tanto que en el Juicio Civil él puede ser nombrado por las partes.

Presunción: Consecuencia que el Juez obtiene de un derecho conocido (por ejemplo: "Si hay humo significa que alguién prendió fuerza.

Existen presunciones legales, de derecho y judiciales.

Presunción legal: es la establecida por ley (por ejemplo,que dentro del matrimonio el hijo tiene por padre al marido. La ley presume que es del marido). Presunción de derecho: es aquella que no permite prueba en contrario (a diferencia de la legal).

Por ejemplo: la presunción de la fecha de la concepción a contar de la fecha del nacimiento (no admite prueba en contrario). Presunción Judicial: la que establece el Tribunal de acuerdo con ciertas pautas legales.

Sentencia.- Ambos procesos o juicios, Civil y Penal, terminan por una sentencia. Los Códigos establecen los requisitos de las sentencias.-

ORGANIZACION DE LA JUSTICIA EN CHILE

Existen las denominadas Justicia Ordinaria y la Especial; la primera conoce la mayoría de las materias civiles y penales, y la segunda solo asuntos especializados.-

A.- Justicia Ordinaria: Cuenta con los Juzgados de Letras; éstos se distinguen en cuanto a jerarquía, en de Mayor y de Menor Cuantía, y respecto de las materias a conocer en Civiles y Penales. La cuantía en lo civil se mide por el monto de lo disputado, y en lo criminal o penal por la gravedad del delito.

Solo Santiago, Valparaiso y San Miguel cuentan con Juzgados de Letras Civiles y Criminales, por separado. En el resto del territorio, no se cuenta con Juzgados del Crimen, y los Juzgados de Letras que existen tienen jurisdicción común, civil y criminal.

En Chile no hay más de diez ciudades con Juzgados de Letras de Mayor y de Menor Cuantía, en las restantes ciudades el Juzgado de Letras existente trata los asuntos de cualquier cuantía.

Sobre el Juzgado de Letras está la Corte de Apelaciones; esta Corte tiene competencia regional. La Corte de Apelaciones conoce de las apelaciones en contra de los Juzgados de Letras de su jurisdicción y es el superior disciplinario. Tiene a su cargo la vigilancia de los Juzgados de Letras de su región.

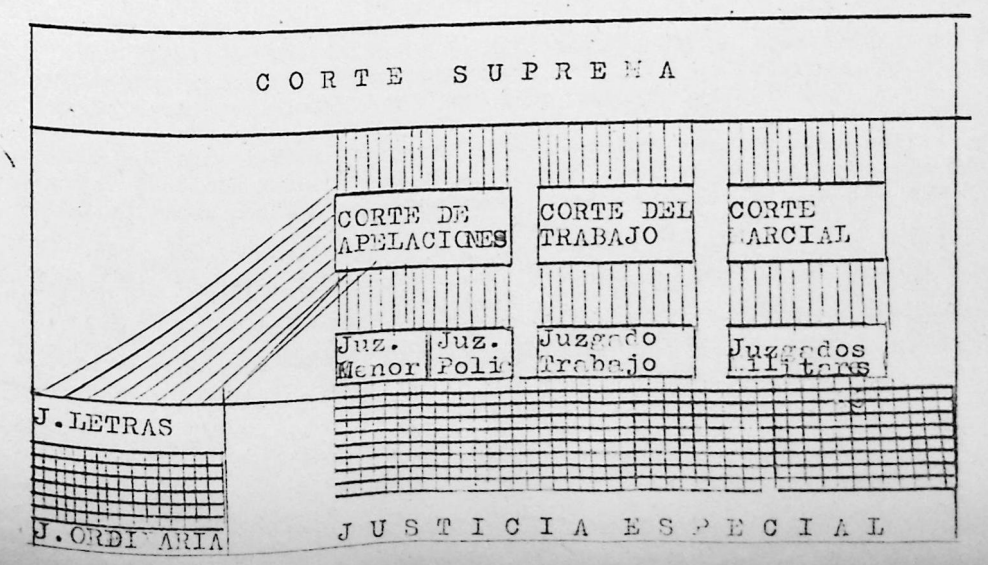
Sobre la Corte de Apelaciones está la Corte Suprema quien es el Superior de todos los Juzgados del país. Las decisiones de la Corte de Apelaciones, en general, son revisables por la Corte Suprema; ésta tiene facultades para revisar por sí misma cualquier sentencia.

B.- Justicia Especial: Para tratar sus especiales materias cuenta con los siguientes Juzgados:

1.- Juzgado de Menores (Su superior jerárquico es la Corte de Apelaciones correspondiente);
2.- Juzgados de Policía Local (Tiene funciones a nivel comunal; su superior jerárquico es la Corte de Apelaciones correspondiente);
3.- Juzgados del Trabajo (Su superior jerárquico es la Corte del Trabajo); y
4.- Juzgados Militares (Su superior jerárquico es la Corte Marcial. La Corte Marcial es una para todo el país y está integrada por un Ministro de la Corte de Apelaciones, elegido por sorteo, y por Auditores Militares, uno por cada rama de las Fuerzas Armadas.

NOTA:

a) La Corte del Trabajo y la Marcial dependen de la Corte Suprema.
b) A la fecha, en muchos sectores del país y pese a la tendencia, no existen Juzgados del Trabajo y de Menores y sus tareas quedan encomendadas a Juzgados de Letras



PRIMERA UNIDAD

INTRODUCCION

Esta es una Unidad de Autoinstrucción que debe ser desarrollada por Ud. en forma individual, paso a paso, y de acuerdo a su propio ritmo de trabajo. Si en el desarrollo de ella le surgen dudas, usted puede consultar a la persona encargada de su aplicación.

El desarrollo de esta Unidad comprende cierta cantidad de:

- Informaciones que Ud. deberá leer, comprender y memorizar;
- Ejercicios que deberá realizar;
- Preguntas o Ejercicios de Control que deberá contestar, siguiendo estrictamente el orden de las instrucciones dadas en cada caso.

El programa del Curso incluye, además:

- Prácticas de Autopsia Médico Legal, en que usted se debe habituar a observar, reconocer, identificar y eventualmente, a realizar diferentes tareas relacionadas con el proceso.
- Prácticas de Laboratorio y
- Prácticas de Clínica Médico Legal, debiendo en ambas cumplir una serie de actividades según instrucciones específicas de Pautas de Observación y de Trabajo.

Algunos de los ejercicios y pautas mencionados anteriormente estarán incluidos en esta Unidad y podrán contestarse de inmediato. En tal caso, cotteje sus respuestas con las Claves correspondientes dadas a continuación del ejercicio, pero sólo después de haberlo terminado.

En otros casos, usted deberá esperar la realización de una observación o un trabajo de laboratorio antes de dar una respuesta.

Si la respuesta dada por usted en cualquiera de las situaciones planteadas no es correcta, o le merece dudas, vuelva al texto donde se encuentra la información, o a la Pauta de Observación de las Prácticas, hasta que verifique dónde está su error o su omisión, y lo corrija o complete.

Al finalizar las Unidades de Autoinstrucción de esta asignatura y haber completado todas las actividades mencionadas en el Programa, se espera que los futuros profesionales médicos sean capaces de:

- emitir aquellos informes científicos fidedignos que les sean solicitados por la Justicia y que digan relación con las lesiones de variable intensidad sufridas por las personas como consecuencia de accidentes o delitos, y
- ejercer la Medicina Legal en cualquier punto del país donde sean designados.

Los objetivos Específicos de esta primera Unidad se encuentran incluídos en cada una de las clases que se detallan a continuación.

CLASE Nº 1

Siguiendo las instrucciones dadas en la Introducción de estas Unidades, empiece a desarrollar esta primera, leyendo y memorizando las informaciones que contiene, contestando las preguntas incluídas en ella y comparando sus respuestas con las de sus compañeros en la discusión que seguramente se realizará en clase.

I. Objetivos específicos de esta Clase:

1. Definir la "Medicina Legal".

2. Reconocer qué aspectos comprende la asignatura en lo judicial, lo profesional, lo social y sus interrelaciones y proyecciones en el medio ambiente.

II. Informaciones

La Medicina Legal es aquella rama de la Medicina Humana en la cual se inspira la Justicia para elaborar las leyes, para aplicarlas y velar por la conservación de la Salud Pública. Una definición clásica de la Medicina Legal dice: "La Medicina Legal es la aplicación de los conocimientos médicos a los problemas jurídicos de índole médica".

La Medicina Legal auxilia al legislador dándole elementos científicos en qué fundamentar las leyes, y ayuda a los magistrados en la interpretación y aplicación de las leyes que tratan de asuntos médicos.

B. Materias que comprende la Medicina Legal

Habitualmente las materias que comprende la Medicina Legal se ordenan en tres grandes grupos: Judicial, Social y Profesional.

I. Medicina Legal Judicial:

Estudia las materias que se relacionan con los problemas judiciales de índole médica, o sea, aquellos que se plantean a los Tribunales de Justicia. Según sea la naturaleza de los problemas que estudia, se distinguen a su vez las siguientes ramas:

a) Medicina Legal General: que se preocupa de establecer las relaciones del médico con la Justicia (peritajes).

b) Medicina Legal Traumatológica: que se refiere a todo lo relacionado con heridas, fracturas, contusiones, asfixias mecánicas.

c) Medicina Legal Sexológica: que gira en torno a los problemas de matrimonio, embarazo, aborto, infanticidios, aberraciones sexuales, etc., presentados a la Justicia.

d) Medicina Legal Toxicológica: que enfoca específicamente lo relacionado con envenenamientos de diversa índole.

e) Medicina Legal Tanatológica: que investiga los fenómenos cadavéricos, data de la muerte, muerte súbita, autopsia médico legal.

f) Medicina Legal Criminológica: cuyos principales tópicos son la criminología, identidad y laboratorio médico legal.

g) Medicina Legal Psiquiátrica: estudia la alienación mental y delito, responsabilidad penal y la capacidad civil.

II. Medicina Legal Social:

Estudia la legislación que beneficia la salud pública, como la "Ley de Medicina Preventiva", "Ley de Accidentes del Trabajo","Enfermedades Profesionales", "Leyes de Protección Materno Infantil", etc.

III. Medicina Legal Profesional:

Comprende aquellas materias que tienen relación directa o indirecta con el ejercicio de la profesión médica:

a) Ejercicio legal de la medicina
b) Corporaciones médicas
c) Deontología médica
d) Secreto médico

C. Relaciones de la Medicina Legal con la Justicia

La ley se aplica en último término por los Jueces, ya sea en los Juzgados de Policía Local, de las Municipalidades, en los Juzgados Civiles del Trabajo, Juzgados de Menores, etc.

En general, los aspectos que se estudian en esta rama de la Medicina entran en el Código Criminal (robos, homicidios, suicidios, violaciones, etc).

En materias médicas debe ser el médico el que informa al Juez sobre las lesiones sufridas durante el desarrollo del delito. Pero para poder solucionar un caso, el facultativo debe saber lo que es el delito. Por ejemplo, infanticidio es la muerte del recién nacido provocada por sus ascendientes directos o indirectos dentro de las primeras 48 horas de vida; si ello ocurre después de los dos primeros días de vida se trata de un homicidio

El Instituto Médico Legal debe emitir un peritaje a petición de los Tribunales de Justicia, siempre previa orden emitida por el Juez. Además, el Servicio Médico Legal debe favorecer la investigación científica dentro de la especialidad y tiene el derecho legal de reservarse piezas para propósitos docentes, médicos (como órganos de transplante) o para museos médicos.

Existe un principio jurídico general que establece para todas las personas la obligación de responder por los daños que ocasionen a otros individuos, ya sea en lo civil o en lo penal. La responsabilidad penal es en último término el sometimiento del individuo a la sanción.

Legalmente, el actuar en forma intencionada y perjudicial se denomina "dolo" y si el daño se inflinge sin intención se habla de "culpa".

Desde el punto de vista de la terminología legal conviene aclarar de partida dos términos:

Concausa: se refiere a que existe otra causa que está desencadenando el hecho. A su vez, la concausa puede ser preexistente o sobreviniente.

Delito preterintencional: este término se refiere a aquel delito que va más allá de la intención del hecho.

D. Proyección de la Medicina Legal en el medio ambiente

Las estadísticas indican que en Chile se producen 7 homicidios por 100.000 habitantes y 7, 4 suicidios por la misma cifra al año. En Es-

tados Unidos, en cambio, hay 14 suicidios y en Alemania Oriental 21 al año por cien mil habitantes, respectivamente.

En Chile, muchos homicidios ocurren circunstancialmente, como en el caso de niños cuyas madres se sienten incapaces de afrontar los gastos de su mantención, y desesperadas recurren entonces a eliminarlos, ya sea por asfixia, abandono en la vía pública o cualquier otro medio. Otra causal, sobre todo entre adultos de baja extracción social, son las riñas que suelen producirse por diferentes motivos: estado de ebriedad, celos, rivalidad, enviada, etc. En países desarrollados se observan otras formas de homicidio y en algunos casos se llega al crimem organizado. Todos estos fenómenos generalmente tienen raíces y proyecciones en el medio ambiente en que se producen.

El estudio de Códigos Penales y de las Leyes Sociales refleja la evolución que han seguido las sociedades en la concepción y clasificación de los delitos. Actualmente, hay países occidentales que han eliminado como delito algunos hechos que en otros países siguen siendo penados por la ley; podría citarse como ejemplo, el hecho de que en Inglaterra se reconoce legalmente el "matrimonio" entre homosexuales.

EJERCICIO N° 1: (Autoevaluación)

A. Conteste las siguientes preguntas sin consultar la Unidad:

1. ¿Cómo se define la Medicina Legal?

2. ¿Podría mencionar mentalmente los tres grupos de materia incluídos en la Medicina Legal?

3. ¿Podría, además, mencionar los aspectos que estudia c/u?

4. ¿Cómo se relaciona la Medicina Legal con la Justicia?

5. Existen dos términos básicos importantes en el lenguaje médico legal: concausa y delito preterintencional:

   ¿A qué se refiere el primero y cuál es la función del segundo?

6. ¿Qué proyecciones se citan en el texto acerca de la Medicina Legal y el medio ambiente en nuestro país?

Cuando finalice el estudio de esta asignatura, vuelva a plantearse esta pregunta y trate de ampliar la respuesta dada por Ud. en esta primera etapa del contacto con este tema.

B. Después de comprobar por medio de ejercicio anterior que usted ha logrado el dominio de los objetivos específicos señalados para esta Clase, puede continuar con la siguiente. En caso contrario, vuelva a revisar y estudiar las informaciones dadas, consulte a su Profesor cualquier duda que tenga y participe en la discusión en clase.

CLASE N° 2

Antes de comenzar el desarrollo de esta segunda clase, revise la Introducción de la primera Unidad, para que recuerde bien cómo debe proceder.

Ahora, continuemos.

I. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE ESTA CLASE:

Se espera que al finalizar el estudio de las informaciones dadas aquí, Ud, sea capaz de:

1. Definir el "Informe Pericial".

2. Reconocer los aspectos reglamentarios legales del Informe Pericial y aplicarlos en las diversas situaciones en que se requieran.

3. Reconocer el valor de la Prueba Pericial.

4. Aplicar las normas generales a seguir, contenidas en el Código de Procedimiento Penal (en Arts. 237, 141, 126).

5. Reconocer, comprender y aplicar los "Objetivos de la Autopsia Médico Legal".

6. Reconocer y aplicar el "Esquéma de un Informe de Autopsia"

II. TEMAS: A. INFORME PERICIAL

B. ARTICULOS DEL CODIGO PENAL EN QUE SE BASA LA MEDICINA LEGAL Y

C. OBJETIVOS DE LA AUTOPSIA MEDICO LEGAL

III. INFORMACION

A. Informe Pericial

El Informe Pericial es el medio de prueba elaborado por personas versadas en materias especializadas.

Este informe se encuentra totalmente reglamentado en todas sus fases mediante diferentes artículos del Código de Procedimiento Penal.

1. Facultad del juez para nombrar peritos

El juez necesita asesorarse de personas que le ayuden a resolver muchos de los problemas que se le plantean a diario en el desarrollo de los procesos judiciales; para ello busca a aquellos que dominan algún arte u oficio y, haciendo uso de las prerrogativas que le otorga la ley, les designa como peritos. Esta facultad del juez se encuentra en los artículos 221 y 222 del Código de Procedimiento Penal, y en los artículos 409 y 411 del Código de Procedimiento Civil.

2. Obligación de aceptar el peritaje

Los artículos 227 y 228 del Código de Procedimiento Penal, señalan la obligación de aceptar el peritaje ordenado por el juez.

3. Recusación de Peritos

Las personas afectadas en un procedimiento, o el juez mismo, pueden recusar a los peritos, amparándose en los artículos 231 y 232 del Código de Procedimiento Penal. La recusación es posible por parentesco, por interés directo o indirecto en la causa y por a-

mistad íntima con la parte contraria, o la enemistad manifiesta con el que recusa.

4. Juramento del Perito

El Código exige el juramento previo del perito, requisito sin el cual su labor carece de valor legal (Artículo 236 del Código de Procedimiento Penal). Cuando el perito se desempeña en forma permanente debe jurar una sola vez ante el juez del Crimen más antiguo del Departamento.

5. Valor de la Prueba Pericial

El peritaje no es una prueba decisiva, sino que los Códigos de Procedimiento Penal y Civil establecen que: "la fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez como una presunción más o menos fundada, según sean la competencia de los peritos, la uniformidad o disconformidad de sus opiniones, los principios científicos en que se apoyen, la concordancia de su explicación con las leyes de la sana lógica y las demás pruebas y elementos de convicción que ofrezca el proceso". Ambos códigos establecen, además, que: "el dictamen de dos peritos perfectamente acordes, que afirmen con seguridad la existencia del hecho que han observado o deducido con arreglo a los principios de la ciencia, arte u oficio que profesan, podrá ser considerado como prueba suficiente de la existencia de aquel hecho, si dicho dictamen no está contradicho por el de otro u otros peritos".

B. Artículos del Código de Procedimiento Penal en los que se basa la Medicina Legal

El artículo 237 del Código de Procedimiento Penal da las normas generales a seguir en cualquier Informe Médico Legal; cuando se trata de lesiones, hay que atenerse al Artículo 141 y en el caso de autopsias, al artículo 126.

Código de Procedimiento Penal. Artículo 237:

"El informe pericial se presentará por escrito y contendrá:

1. La descripción de la persona o cosa que sea objeto de él; del estado y del modo en que se halle.

2. La relación circunstancial de todas las operaciones practicadas y de su resultado.

3. Las conclusiones que, en vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios o reglas de su ciencia, arte u oficio.

Si las circunstancias lo exigen, el juez podrá pedir un informe verbal, que el secretario consignará sustancialmente en los autos, y firmarán los que lo hayan emitido".

Código de Procedimiento Penal. Artículo 141:

"Los facultativos describirán las lesiones indicando el instrumento con que han sido causadas, su gravedad, los órganos afectados o mutilados, las consecuencias que ordinariamente tienen heridas de esta naturaleza y las que hayan acarreado en el caso actual, y expresarán, además, el tiempo que, según su parecer, el ofendido permanecerá enfermo o incapacitado para el trabajo a consecuencia de las lesiones".

Código de Procedimiento Penal. Artículo 126:

"Los médicos deben expresar en su informe las causas inmediatas que hayan producido la muerte y las que hayan dado origen a éstas.

Si existen lesiones, deben manifestarse su número, longitud, profundidad, la región en que se encuentran, los órganos ofendidos y el instrumento con que han sido hechas, especificando:

1. Si son el resultado de algún acto de terceros (esto está destinado a pronunciarse sobre si el acto es homicidio, suicidio o accidente, que son las tres posibilidades médico legales de causa de la muerte).

2. Si en tal caso la muerte es consecuencia necesaria de tal acto, o "si han contribuido a ella alguna particularidad inherente a la persona, o un estado especial de la misma (concausa), circunstancias accidentales, o en general cualquier otra causa", ayuda eficazmente por el acto de terceros (delito preterintencional).

3. Si habría podido impedirse la muerte con socorros oportunos y eficaces.

Los informes deben redactarse, en cuanto sea posible, en lenguaje corriente, y responder a las cuestiones precedentes y a las que el juez proponga sobre todas las circunstancias que interesan para formar juicio cabal de los hechos".

La concausa a que alude el Art. 126, Nº 2, puede ser cualquier estado patológico que presente la víctima y que es desconocido por el hechor, como una diabetes, un síndrome hemorragíparo, o cualquier otra enfermedad que complique la evolución de una lesión; en este caso se trata de una " concausa preexistente". Puede ocurrir, también, que una lesión sufra una complicación por efecto del tratamiento o por cualquier otra circunstancia ulterior, como una infección tetánica yatrogénica; ésta será una "concausa sobreviniente".

El "delito preterintencional" consiste en una agresión que produce efectos mayores que lo que pretendía el hechor; por ejemplo, un golpe que ocasiona la caída del sujeto y éste azota la cabeza en el pavimento produciéndose un TEC fatal, es algo que ha determinado una consecuencia imprevista y sin intención.

La concausa y el delito preterintencional disminuyen la responsabilidad del hechor, que se considera como ajeno a las consecuencias sobrevenidas.

Nota; Si Ud. cree haber asimilado toda esta información en torno al "Informe Pericial", avance hasta la página 13 y realice el Ejercicio N°2.

C. Objetivos de la Autopsia Médico Legal

1. Constatar la efectividad de la muerte: desaparición de los signos vitales (signos negativos de vida), búsqueda de los fenómenos de modificación de los tejidos del cadáver (signos positivos de muerte), que son los de mayor importancia en la función pericial.

2. Determinar la data o fecha de la muerte del individuo.

3. Determinar la identidad del sujeto: se realiza a través de varios procedimientos como son el retrato hablado del sujeto que se va a autopsiar, con sus características particulares (por ejemplo, ampu-

taciones, cicatrices, etc.); esto se complementa con un trabajo foto - gráfico, para luego proceder a lo más importante, que es la dactiloscopía. También son importantes el estudio dental y el estudio de las vestimentas.

4. Búsqueda de la causa de muerte del individuo: o sea la autopsia propiamente tal. El examen externo del sujeto es tan importante como el interno.

5. Determinación de la forma médico legal de la muerte: suicidio, accidente, homicidio o muerte por enfermedad.

Esquema de un Informe de Autopsias

El informe de autopsias consta de los siguientes puntos:

1. Preámbulo: se anotan los datos, antecedentes referentes a la solicitación legal del juez y aquéllos que tienen relación con el médico, fecha, hora y lugar en que se hace el peritaje.

Por ejemplo:

"El que suscribe, Dr. ..... domiciliado en ....., de orden del Señor Juez del 4º Juzgado del Crimen de Santiago, ha procedido a efectuar la autopsia de N.N. en el Hospital de Traiguén, con fecha ..... a las .....hrs. y habiendo prestado juramento ante Usía, informa:
....."

2. Conmemorativos: vienen a continuación del preámbulo y contienen el parte policial, antecedentes clínicos o cualquier otro antecedente del caso proporcionado por familiares, médicos u otras personas que conozcan el caso.

3. Descripción: comprende la exposición exacta y metódica de todo cuanto se encuentra en el examen practicado, no omitiendo detalles de todos los métodos que se empleen en cada caso particular.

4. Discusión: permite hacer una síntesis del caso en estudio, interpretando los hechos anotados en la descripción (puede omitirse en caso de que no sea necesario).

5. Conclusiones: se desprenden de todo lo anterior y en ellas debe anotarse en forma categórica lo que solicita el juez y lo establecido en los Códigos.

En la descripción se acostumbra a seguir el siguiente orden:

a. Descripción detallada de las ropas: tipo, color, calidad, manchas y otras características.

b. Descripción de las particularidades individuales que permiten la identificación del cadáver.

c. Relación de los fenómenos cadavéricos.

d. Examen de las lesiones externas del cadáver.

e. Examen de regiones; de especial importancia médico legal son: cuello, manos, antebrazos, genitales, ano.

f. Examen interno.

g. Exámenes de laboratorio.

En caso de lesiones se procederá también, en primer lugar, a dar datos sobre la identificación individual y luego sobre la lesión misma.

En un informe psiquiátrico se actúa de manera semejante, describiendo a continuación de la identificación, todos aquellos síntomas, signos y exámenes que permitan un diagnóstico lo más preciso posible. En relación con este Informe se darán mayores informaciones más adelante.

Nota: Proceda ahora a desarrollar el Ejercicio N° 3 de la página 14.

IV. EJERCICIO N° 2 (Autoevaluación de A)

Conteste mentalmente la siguientes preguntas sin consultar su unidad. Sólo en el caso que Ud. realice este ejercicio con entera honestidad, podrá decir que ha alcanzado los objetivos 1, 2 y 3 planteados al inicio de esta segunda clase.

1. ¿Cómo definiría, con sus propias palabras el "Informe Pericial"?

2. a) ¿Quién elige al perito que emitirá el informe; en qué se basa para su elección?

   b) Una vez elegido el perito, ¿tiene éste la obligación de aceptar esta designación? ¿Siempre?

3. Mencione alguna situación en que un médico pueda estar inhabilitado para ejercer como perito legal.

4. ¿Cuándo adquiere validez la acción de un perito?

5. Marque la palabra que complete correctamente la siguiente aseveración:

"La prueba pericial es de valor
- absoluto
- presuntivo
- ambiguo

6. Complete la siguiente información:

El informe pericial debe presentarse _____

_____

El informe pericial debe describir _____

_____

El informe pericial debe relatar _____

_____

El informe pericial debe dar las conclusiones de

_____

_____

Ejercicio N° 3

1. ¿Recuerda Ud. cuáles son los aspectos básicos que debe considerar la autopsia Médico Legal? Trate de reproducirlos mentalmente en el orden lógico en que ellos deban manejarse. Compruebe quién de sus compañeros de grupo da la respuesta más completa.

2. Al confeccionar un "Informe de Autopsias" ya saben Uds. que deben atenerse a un esquema especial. ¿Podría Ud. confeccionar aquí un ejemplo de informe, llenando imaginativamente los datos que deben incluirse en él? Después de hacerlo, consúltelo con su tutor y discútalo con su grupo.

NORMAS TECNICAS DE ORDEN PRACTICO PARA LA REALIZACION DE LOS PERITAJES FORENSES

Pueden servir de guía general a los peritos los siguientes postulados:

1.- El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del Juez.-

El perito necesita, desde luego, saber medicina sin requerir para ello ser una enciclopedia médica. Ciertas materias tienen naturalmente mayor importancia que otras, aunque todas han de ser conocidas. Son fundamentales por la mayor frecuencia de los casos: psiquiatría, anatomía patológica, obstetricia, ginecología y traumatología.-

Pero no hay que ceer que basta ser psiquiatra o anátomo-patológo para ser buen médico-legista. No hay que olvidar que no basta ser un buen médico para ser un buen perito; el perito no puede juzgar los hechos con un criterio exclusivamente médico pues éste suele estar en desacuerdo con la solución jurídica o legal. El perito debe tener un criterio médico-legal, que solo podrá adquirir conociendo la doctrina jurídica esencial y la legislación aplicable al caso sometido a su dictamen. Solo así él podrá ser siempre útil, pues sabrá cuales son los peritos que debe aclarar y con qué norma ha de hacerlo. Esta es la causa habitual de las deficiencias de los informes médicos. Razón tenía Legrand du Saulle cuando, después de hablar de la ignorancia en medicina legal entre abogados y médicos, decía: "En los dos casos, el abogado no ha abierto jamás un libro de psiquiatría, y el médico psiquiatra forense ha olvidado completamente de hojear el código".

El médico-legista debe además ser siempre verídico, aún con más razones que un testigo, dada la importancia de su palabra en el juicio. La sinceridad, la veracidad han de ser un culto en él, no sólo para escapar de las sanciones penales por falso testimonioo simo para cumplir con el imperativo moral que condiciona su función ante la justicia. Ha de realizar todo ello con la ecuanimidad de un Juez, con absoluta objetividad. Juzgará los hechos comprobados con un criterio riguroso y exacto, sin ceder a la tentación de la amistad o la codicia.

2.- Es necesario abrir los ojos y cerrar los oídos.- Abrir bien los ojos, para ver por si mismo con exactitud, y cerrar los oídos, para no hacerse eco de las palabras siempre tendenciosas de las partes en juicio, o de los comentarios del público basado en prejuicios o pasiones. El perito debe comprobar personalmente y aislarse indiferente por encima de los intereses parciales en juego de cada causa.

Un gran peligro para el perito es el dejarse impresionar por el ambiente público, por la amistad sospechosa, por la simulación de las partes. Es preciso hacer abstracción de antecedentes o juicios de parientes, vecinos, etc. El perito deberá saber que él no puede excederse y efectuar, sopretexto de averiguación médica, toda una investigación complicada con interrogatorio de testigos, pues se trataría de una información extrajudicial de discutible valor forense.

3.- La excepción puede ser de tanto valor como la regla.- En la práctica clínica corriente, el médico seguía sobre todo por los hechos más habituales, pero sin descuidar las posibles rarezas. Esta precaución es aún más necesaria y útil en medicina legal, donde siempre se trata de casos de especie, pues todo peritaje es un problema individual. Por eso mismo, el perito debe tener siempre presente la posibilidad de un hecho excepcional.

A veces, la justicia suele preguntarle "si es possible" que un hecho dado sucediera de tal modo. Aunque la regla, en la lógica y en los hechos, imponga la imposibilidad, al perito debe bastarle saber que el "Hecho" puede realizarse, aunque sea una vez en mil, para responder afirmativamente a la cuestión planteada. Aunque muy excepcional, el hecho no debe ser negado, pues el caso es

...

tudiado podría ser precisamente el de la excepción. Esto en cuanto a una posibilidad teórica o doctrinaria, pues puede suceder que ella deba ser rechazada en un caso concreto cuando aparece en contradicción con otros datos objetivos del caso mismo. Es ya cuestión de especie, que el perito resolverá con su ciencia y su buen criterio.

En estos trances forenses, el perito será muy cauteloso y administrará con precisión su vocabulario. Tres palabras le serán preciosas en su progresión de matices: verosímil, posible y probable.

4.- Desconfiar de los signos patognomónicos.- Es sabido que los llamados signos patognómónicos no pasan de ser una ilusión clínica, Desgraciadamente, esa exactitud de un diagnóstico basado en un solo signo de valor absoluto noexista. Si ése es el criterio clínico, el mismo y con mayor vigor ha de ser el criterio médico legal.

Pero en este punto es necesario distinguir los "signos" de las pruebas. Los primeros son fenómenos o alteraciones objetivas que aparecen más o menos espontáneamente a la investigación del perito. Las segundas son formas de reacción o modificaciones provocadas deliberadamente por éste. Si hay que desconfiar de aquéllos, pues nunca son absolutos, se puede, en cambio, tener mas fé en el valor de las últimas, pues resultan el corolario de una pequeña experiencia, cuyo determinismo se conoce.

Naturalmente hay ciertos datos de un valor enorme, que el perito no puede desechar. Así,por ejemplo, el punto de Béclard, de osificación de la epífisis inferior general, que indica madurez del feto; o la presencia del tatuaje de pólvora en una herida de arma de fuego. Pero fuera de que estos signos, como otros semejantes, tienen variaciones de forma, intensidad, etc., hay casos de excepción y de hechos negativos.

La mejor norma pericial es recoger al mayor número de comprobaciones, tratar de coordinarlas y luego basarse en el conjunto para fundar las conclusiones. Poco importa que cada dato aislado sea discutible o de poco valor; la reunión de todos es lo fundamental para la convicción.

A falta de signos patognomónicos, el perito fundará su conclusión en la coordinación de todos los datos.

5.- Hay que seguir el método cartesiano.- Deben seguirse cuatro reglas esenciales:

a) No admitir jamás como verdadera ninguna cosa que no aparezca evidentemente como tal y evitar la precipitación o la prevención;
b) Dividir las dificultades en tantas partes como sea posible para resolverlas mejor;
c) Dirigir ordenadamente el pensamiento, comenzando por lo más sencillo y fácil para llegar a los más complejo;
d) Hacer enumeraciones completa y revisiones sin omitir nada.

Esta debe ser la actitud del perito en la búsqueda de la solución del problema médico-forense.

El perito debe tener y cultivar su perspicacia. En la práctica corriente, el médico cuenta con la lealtad, la colaboración del enfermo y de su familia, factores con los cuales el perito no puede contar, y hasta debe desconfiar de ellos. En cambio de eso, a menudo encontrará mentira, interés, simulación; su perspicacia, don natural o adquirido con la práctica, lo orientará para cumplir la primera regla cartesiana.

Tratándose de normas de acción, éste método podría sintetizarse en los siguientes verbos: dudar, objetivar, comprobar, diferenciar y juzgar.

6.- No fiarse de la memoria.- En el desarrollo del peritaje, autopsia, examen de un enfermo, investigación de laboratorio, van comprobándose gran cantidad de datos, que a pesar de su importancia pueden ser olvidado del todo o en alguno de sus detalles, si el perito ha confiado en su memoria. Nada de esto sucederá si él tuvo la precaución de tomar nota de todo a medida que los datos fueron apareciendo, o haciéndolo inmediatamente después.

7.- Una autopsia no puede rehacerse.- Toda autopsia debe ser metódica y sobre todo, completa. El perito ha de habituarse a ejercitar sus sentidos antes y después de cortar: ver, tocar y a veces también oler. Pero debe ver bien los órganos y hacer constar los detalles de valor médico legal siendo así completo, él es más útil al Juez y por

mite, si hay necesidad, el estudio de otro perito sobre los datos de su informe.

No se dará por satisfecho con la primera comprobación que le parezca suficiente para explicar la causa de la muerte, pues la historia de la medicina legal conoce los casos de las sorpresas más extrañas.

Sobre todo, el perito tiene el deber de agotar su investigación de autopsia, pues si ella no es completa habrá perdido la oportunidad de aclarar todos los hechos a la Justicia, la cual con frecuencia ya no podrá hacerlo en debida forma más tarde. Es lo que sucede cuando hay necesidad de una segunda autopsia, en la cual los nuevos peritos encuentran mayores dificultades, no sólo por la putrefacción que ha avanzado, sino por las modificaciones de forma y situación de órganos o lesiones producidas por la primera autopsia.

Sin embargo, sucede a menudo que las deficiencias de los primeros peritos obligan al Juez a ordenar una exhumación para investigar con precisión algunos puntos en blanco. Los juicios en los cuales se ha hecho una segunda o tercera autopsia no son tan excepcionales, por lo menos en tribunales de provincia.

8.- Pensar con claridad para escribir con precisión.- Si todo problema clínico es un acto de lógica, ésta es aún más necesaria en la práctica médico-forense.

Toda actuación pericial se compone de dos momentos intelectuales. El primero, de comprobación, es de análisis y de crítica, y ha de resolverse siguiendo la norma quinta, que ya hemos estudiado. El segundo, de demostración, es de síntesis y de argumentación. Todo perito necesita desarrollar su aptitud dialécta, pues su informe debe convencer. Su opinión no puede limitarse a una afirmación dogmática para justificar sus conclusiones, pues para apreciar el valor de esta prueba, de la cual puede apartarse, el juez tiene que conocer y pensar las razones en que se funda.

El perito necesita habituarse a redactar, pues en lo fundamental su actuación es escrita, situación que lo diferencia radicalmente de sus colegas en la práctica profesional. Debe escribir con correción gramatical, sobriedad de estilo, seriedad técnica, claridad lógica y eficacia dialéctica.

La excusa de no saber hablar o escribir suele ser invocada por quienes no se dan la pena de estudiar bien y pensar mejor. Cuando las ideas son claras, la forma verbal adquiere diafanidad y precisión.

El perito que piense primero con claridad, asociando sus ideas con rigor lógico, sabrá argumentar con método y concretará sus conclusiones con precisión. De ese modo su actuación será más eficaz para la justicia.

Esto no significa que la necesidad dialéctica ha de convertir al perito en abogado de una de las partes. No. El perito sólo defiende la verdad científica y, como su convicción es que ella coincide con su opinión, ha de fundarla con solidez para llevar esa misma convicción al espíritu del Juez, que, como él, sólo debe buscar la verdad.

9.- El arte de las conclusiones consiste en la medida.- Una de las mayores dificultades es la de redactar las conclusiones del informe. No sólo el pensamiento, o sea la opinión, ha de ser muy exacto de acuerdo estricto con las comprobaciones, sino que el vocabulario debe ser también puy preciso y bien dosificado. A veces, una palabra puede cambiar todo un concepto, o prestarse a una interpretación que no estuvo en la mente del perito.

El arte de las conclusiones, además de la claridad, consiste en la medida. Hay que saber el límite de lo que puede afirmarse categóricamente. No hay que ser ni demasiado prudente ni temerario.

Su buen juicio le dará el límite exacto de sus afirmaciones posibles. Si él es de una prudencia excesiva, de modo tal que su exagerada crítica le convierte en escéptico, sus conclusiones serán de una tímidez que le impedirá salir de la vacilación de la duda, de la hipótesis, y la justicia carecerá de la comrpobación firme que buscaba y necesitaba con el peritaje. Si, por el contrario, el perito es demasiado audaz, en forma tal que su precipitación le torna inflexivo sus conclusiones podrán resultar de una temeridad que le

permitirá ser categórico en sus afirmaciones; pero la justicia correrá el riesgo de aceptar una conclusión no justificada por los hechos bien analizados.

La ciencia y el buen criterio del perito le permitiraán saber el valor de las diferentes comprobaciones, comprender que es lo que puede aceptarse como probado o cierto, en que punto se puede ser categórico para afirmar o negar. Esa medida técnica y lógica deberá objetivarse en esa medida verbal de las pocas palabras de sus conclusiones.

10.- La ventaja de la medicina legal está en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada.- En efecto, dentro de la medicina misma, ella no puede encerrarse en una sola especialidad, pues las abarca a todas, desde el punto de vista forense. Por los confines de la medicina, ella alcanza a la criminología, toca al derecho en ciertos aspectos civiles y penales, y por sobre todo eso abre ante ella la perspectiva sociológica y filosófica más atrayente. Exige por ello una cultura mas vasta que otras ramas de la medicina.

LESIONES (TRAUMATOLOGIA FORENSE)

Entre las manifestaciones contrarias al orden social se encuentran las violencias que ocasionan daños a la salud o a la vida del prójimo. (Por violencia damos a entender las acciones o efectos de fuerza, fuera del modo natural de proceder).

La Medicina Legal Traumatológica se propone estudiar sus diferentes aspectos; es una rama de la Medicina Legal Judicial que estudia, en particular las lesiones en relación a los problemas judiciales y, hace uso del vocablo traumatismo como sinónimo de lesión. Traumatología puede ser definida como la suma de conocimientos relativos a los traumatismos y sus efectos.

Trauma significa etimológicamente herida y aplícase especialmente al choque o lesión que afecta la vida psíquica, a diferencia de traumatismo que se refiere a las lesiones corporales. Traumatismo es entonces el término que, en Medicina y Cirugía se aplica a lesiones de los tejidos debido a fuerza, violencias, generalmente externas, por agentes mecánicos.

Lesión es daño corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Lesión es todo daño o alteración patológica, orgánica o funcional, de los tejidos. (En Medicina, el término injuria daño o traumatismo y herida es solución de continuidad en los tejidos blandos por violencia ejercida por un cuerpo extraño. Una injuria mecánica es aquella que representa el resultado de la acción de una fuerza. La ocurrencia y el caraácter de la mayoría de las injurias mecánicas están determinados tanto por la manera como el objeto en movimiento cambia el estado de reposo de los tejidos, o por la manera en que el movimiento uniforme de los tejidos es cambiado por una resistencia. La ruptura de las relaciones anatómicas resultante, se llama herida.

Lesión desde el punto de vista jurídico es todo daño causado a la integridad corporal o a la salud de las personas por medios mecánicos, químicos, virulentos o de cualquier otro orden material. Nuestro Código Penal no fija, en ninguna de sus disposiciones, el alcance de dicho término; pero del estudio atento de los artículos 395 al 403 se desprende que la definición comprende todos los elementos del delito de lesiones. El delito de lesiones supone jurídicamente: un sujeto activo y otro pasivo, la materialización de un daño en la salud de una persona, que el daño sea causado por medios mecánicos, químicos o biológicos y, que exista la intención de lesionar.

La primera clasificación de orden conaptual es la relativa a la naturaleza del daño sufrido por la víctima y la doctrina distingue lesiones físicas y psíquicas, pero nuestra ley no castiga las últimas, de tal manera que deben ser eliminadas del estudio. Igualmente, se distinguen entre lesiones mortales y no mortales aunque nuestro Código no contiene, como otros, ninguna disposición que sancione típicamente el delito de lesiones seguido de muerte, por lo cual el problema queda entregado a la doctrina.

Desde el punto de vista del Derecho Penal, nuestro Código atiende a la gravedad de las lesiones causadas, para clasificarlas, en orden decreciente de penalidad, en la forma que se señala a continuación:

A) Castración o mutilación maliciosa de algún miembro importante que deje a la víctima en invalidez (Arts. 395 y 396);

B) Lesiones graves, entendiéndose por tales las que señalan los ar-

tículos 397 y 398, y la castración o mutilación cuando no medie malicia; tenemos entre ellas: las que causaren demencia, inutilidad para el trabajo, impotencia, deformidad, impedimento de algún miembro importante y las que producen incapacidad para el trabajo, o enfermedad por más de treinta días;

C) Lesiones menos graves, que son aquellas que no quedan comprendidas entre las señaladas anteriormente (Art. 399);

D) Lesiones leves que, según el Nº 5 del Art. 494, son las que en concepto del Tribunal no se hallaren comprendidas en el Art. 399, atendida la calidad de las personas y las circunstancias del hecho. Vemos que la deferencia que hay entre las dos últimas categorías es muy sutil y queda entregada por entero al criterio del juez.

Desde el punto de vista de la Medicina Legal, las lesiones se clasifican ateneiendo a la naturaleza del medio empleado para causarlas, en tres clases distintas:

1.- Lesiones causadas por agentes mecánicos
2.- Lesiones causadas por agentes físico-químicos
3.- Lesiones causadas por agentes virulentos.

1.- Lesiones causadas por agentes mecánicos.- Estas clases de lesiones son las causadas por las "armas", según la significación que le da, a éste término, el artículo 132 del Código Penal, esto es, "toda máquina, instrumento, utensilio u otro objeto cortante, punzante o contundente, que se tome para matar, herir o golpear, aún cuando no se haya hecho uso de él".

Esta disposición legal nos permite subclasificar las lesiones causadas por agentes mecánicos, según si el arma utilizada es cortante, punzante o contundente (Tabla Nº 1).

Las armas cortantes y punzantes son las llamadas generalmente armas blancas, en tanto que las contundentes pueden ser armas contundentes propiamente tales o armas de fuego.

Las armas contundentes propiamente tales son: naturales (puño, pie, etc.); improvisadas (piedra, masa y otros); preparada (porra, puño americano, bastón y otros).

A.- LESIONES CAUSADAS POR ARMAS CONTUNDENTES PROPIAMENTE TALES.-

El término "contundente" aplícase al instrumento y al acto que produce contusión. Contundir es sentido estricto de golpear. "Contusión", del latín contusio - onis, es daño que recibe alguna parte del cuerpo por golpe, que no causa herida o solución de continuidad exterior. ("Golpe o choque es encuentro repentino entre dos cuerpos; golpe o choque son también el efecto del mismo encuentro").

La acción contundente, que se reconoce en las lesiones contusivas depende o es el resultado de: golpe o choque violento, como por ejemplo de un encuentro violento de una piedra o puño contra un cuerpo o viciversa, o bien de una caída aplastamiento, eventualmente mordedura (animal, humana; mordeduras agresivas o de defensa). Caída es acción o efecto de caer. Caer es "venir un cuerpo de arriba abajo por la acción de su propio peso; perder un cuerpo el equilibrio hasta dar en tierra o cosa firme que lo detenga" Aplastamiento es " deformación de una cosa por presión o golpe, aplanándola o disminuyendo su grueso o espesor."

Este daño tan particular, la contusión como se ha definido, requiere evidentemente de la participación de un agente mecánico obtuso, no cortante. Para

que no produzca herida exterior, una solución de continuidad en lo externo, se necesita que el encuentro violento se produzca entre tejido anatómico y agente mecánico romo, sin punta.

No obstante la definición de contusión ya señalada (Diccionario de la Lengua Española), nosotros, aparte de distinguir contusiones propiamente tales, reconocemos la existencia de heridas contusas, es decir, de "contusión" con solución de continuidad externas. Ambas como el producto de la participación de agentes mecánicos obtusos no cortantes (armas contundentes) de golpe o choque, caída, aplastamiento o mordedura.

Contusión o lesión contusa.- Denominamos contusión o lesión contusa en sentido estricto, a la lesión, aldaño que recibe una parte del cuerpo, sin solución de continuidad externa (sin herida), en los tejidos blandos (no óseos), producidos por golpe-choque violento, caída o aplastamiento de dichos tejidos contra un cuerpo duro no cortante, sea que los tejidos sean alcanzados por el agente vulnerante o viciversa. De lo dicho anteriormente se desprende que una contusión o lesión contusa puede ser causada por un arma contundente (natural o improvisada o preparada), como por un hecho del todo diverso: una caída de cierta altura, el atropellamiento por un automóvil la compresión o aplastamiento de una muralla en un derrumbe, etc.

Las contusiones o lesiones contusas propiamente tales se clasifican, atendiendo a su mayor o menor gravedad en:

- Contusión equimótica o hemorrágica o equímosis.
- Hematomas o colecciones sanguíneas subcutáneas voluminosas.
- Contusiones viscerales (hemorragias pulmonares, cerebrales, etc).

a) Las equímosis (moretones o cardenales, en lenguaje vulgar), son lesiones contusas resultado de un traumatismo con objeto contuso que produce infiltración de sangre debido a la ruptura vascular en los tejidos superficiales. La sangre extravadada se coagula y forma una mancha hemorrágica. Son lesiones que se aprecian externamente por la aparición de manchas de mayor o menor extensión, según el tamaño del arma vulnerante y las cuales van cambiando de color a medida que el tiempo transcurre, así tenemos:

- Coloración azulada = 2 a 3 días
- Coloración verde-violácea = 5 a 7 días
- Coloración amarillo-violácea = 7 a 8 días
- Desaparición = 12 días, pero si es muy profunda puede durar hasta 21 días.

Es importante reconocer la existencia de equímosis no traumática : "equímosis expontáneas" en ciertos estados patológicos, por ejemplo leucemias, enfermedad de Werhof, afecciones hepáticas y, equímosis terapéuticas", producidas por inyecciones subcutáneas o intravenosas o por punción lumbar. Hay que tener presente estas causas de equímosis para no incurrir en falsas interpretaciones. Por otra parte, existen contusiones que por ser de escasa intensidad o por ocurrir en partes blandas y depresibles o cubiertas por ropas, suelen no producir equímosis.

Importante es también distinguir claramente equímosis y lividoces cadavéricas; éstas presentan aspecto jaspeado, son generalmente de color violeta, situadas en partes declives; son debidas a la congestión pasiva de las venas, sin extravasación de sangre, como lo muestra su incisión. Las equímosis no deben ser confundidas con las "manchas violáceas de la putrefacción" procedentes de la trasudación

de sangre. La confusión debe evitarse sobre todo en el cuero cabelludo. Las manchas de putrefacción se reconocen por el hecho de que los tejidos están solamente impregnados de materia colorante. Basta pasar la hoja del cuchillo sobre el plano de sección para hacerlas desaparecer, al igual que un chorro de agua.

Una equímosis netamentecaracterizada por la sangre coagulada incorporada a las mallas del tejido, prueba que la lesión ha tenido lugar en vida. Durante la agonía o unos 20 minutos después de la muerte aparente, la persistencia de algunos latidos cardíacos hace posible aún la traducción de equímosis.

Estas lesiones tienen un gran interés médico legal, desde un triple punto de vista: I) son lesiones vitales; II) permiten la identificación del instrumento que las causó, porque toman su forma aproximada, aunque siempre son algo menores en tamaño, debido a la elasticidad de los tejidos; especialmente se encuentran en una parte del cuerpo en que no hay un sostén óseo; III) hacen posible realizar la cronología de la lesión, estableciendo aproximadamente la época en que se causó en relación con el momento del examen, debido a la variabilidad del color.

b) Los hematomas o bolsas sero sanguíneas ("chichones", en lenguaje vulgar) son acúmulos bien localizados de gran cantidad de sangre por importantes rupturas vasculares (Oma:Tumor). Los mismos, que en el caso anterior, son lesiones vitales, permiten identificar a grandes rasgos el arma usada y hacer posible realizar la cronologia, según sea la etapa de reabsorción.

c) Contusiones viscerales.- Focos de hemorragia parenquimatosa sin solución de continuidad externa visceral, de bazo, riñón, hígado, etc., tan frecuentes en politraumatizadosen accidentes de tránsito. En los traumatismos torácicos puede alcanzarse el corazón y en éste, las lesiones en ciertos casos consisten sólo en pequeñas hemorragias de la musculatura cardíaca. Se produce un "foco de contusión" sin solución de continuidad externa, cuando a la equímosis se junta la atrisión de los tejidos profundos que son aplastados, mortificados.

Heridas contusas ("contusíon" con solución de continuidad externa). En Medicina herida es "lesión con solución de continuidad en las partes blandas producida violentamente por un cuerpo extraño".

En estas contusiones con heridad, como hemos dicho, el golpe, el encuentro, se produce con o contra un agente mecánico ("arma") obtuso.

Se distinguen: erosión, excoriación, herida contusa propiamente tal, heridad contusas viscerales y heridas contusas complejas en tejidos duros (fractura y equimosis osea traumática).

a) Erosión.- Se entiende por erosión una lesión, una herida contusa simple; puede considerarse como el grado mínimo de las heridas, ya que esta lesión sólo afecta superficialmente la epidermis; el encuentro se manifiesta por un simple desolladura superficial de la piel, de tal manera, que el dermis no alcanza a quedar al descubierto. La erosión toma la forma del objeto que la produce y no dá costra, es de superficie lisa y de color rojo amarillento. La erosión es el resultado de frotamiento rugoso, arrancamiento o pinzamiento. Es dificil a veces saber si una erosión se ha producido en el vivo o sobre el cádaver.

b) Escoriación.- La escoriación es un grado más avanzado que produce la denudación del corión y por lo tanto, una exudación sero-hematica, que finalmente da lugar a costra. Su superficie es rugosa y de color obscuro.

Ambos tipos de lesiones permiten la desecación rapida en el cádaver, lo que se traduce en superficie de consistencia más dura que el resto de la piel, constituyendo la denomidas " placas apergaminadas".

(Una placa apergaminada no será considerada como una lesión producida antes de la muerte más que en el caso de que esté acompañada de una infiltración sanguínea subyacente).

Las erosiones y escoriaciones tienen valor médico legal cuando se comprueba el carácter vital de la lesión y la forma traduce muchas veces el elemento causante y el mecanismo de acción. Tal como en caso de la descripción de la equímosis, debe incluirse en el informe los siguientes aspectos: 1) Ubicación (en la sofocación, las escoriaciones se presentan alrededor de la boca y en la estrangulación manual, en el cuello, en los atropellados las escoriaciones se localizan en las partes salientes del cuerpo y miembros o en cualquiér punto afectado por el choque directo. Si el cuerpo ha sido arrastrado, la ubicación se encuentra también en los puntos salientes.

2) Forma (las escoriaciones asumen las más variadas formas según sea el elemento causante y su mecanismo de acción. Se producen placas rectangulares por huellas de vehículos; asumen forma de cinta por la acción de correas, látigos; de forma semilunar por la impresión dejada por los dedos que ejercen una presión de un punto fijo; de medio círculo por la acción de un taco de zapato, lineales, en forma de surco, en los arañazos, etc.

3) Dimensión
4) Tamaño
5) Coloración
6) Relación con otras lesiones.

Su forma, su distribución, su dirección indican el mecanismo de producción. Antes que nada en erosiones y escoriaciones es necesario precisar su diagnóstico, sin confundir con la desecación cadavérica que se observa en partes normalmente húmedas en el vivo, como ocurre con el escroto que se apergamina en el cadáver sin haber mediado lesión alguna. Todas las modalidades de falsas escoriaciones se diagnostican en el cadáver por su falta de infiltración sanguínea.

c) Herida contusa propiamente tal. El agente obtuso produce solución de continuidad en los tejidos. Su mecanismo puede ser por acción de una arista no cortante o de la superficie de un elemento contundente de los tejidos con o contra una cresta ósea.

Su forma puede ser irregular, estrellada, sunuosa o rectilínea con una placa contuso erosiva amarillenta-café alrededor. Los bordes son despegados, dentellados, erosivos y rodeados de equímosis. El fondo de la herida es irregular, sinuoso y con puntes de tejido que lo traviesan (signo patognomónico). En el cuero cabelludo a veces la herida contusa toma el aspecto de herida cortante debido a la elasticidad y grosor del tejido.

En realidad la herida contusa reúne los caracteres de una erosión cutánea, de una equímosis y de una herida por desgarro y atrisión de la piel y de los tejidos subyacentes. Se reconoce por las siguientes particularidades:

1.- Forma irregular, estrellada o redondeada.
2.- Bordes delgados, recortados o dentados.
3.- Posee una erosión marginal apergaminada; esta aparece en el contorno de la herida cuando el agente vulnerante ha arrancado la epidermis marginal (después de la muerte, la dermis, puesta al descubierto, se deseca).
4.- Hay desplazamiento de los labios de la herida (despegamiento subcutáneo).
5.- Los ángulos y las extremidades presentan irregularidades.

6.- La herida está rodeada de una zona equimótica más o menos importante.

7.- Entre los labios de la herida persisten puentes o bridas cutáneas, membranosas o vasculares.

8.- El fondo es anfractuoso, magullado o equimótico.

9.- Escoriaciones periféricas la encuadran a veces, cuando el agente contundente presenta asperezas.

En las regiones que reposan en 1 plano óseo (cuero cabelludo, ceja cresta tibial), la herida contusa, rectilínea, se parece a una herida por instrumento cortante, pero la erosión marginal apergaminada persiste y los principales caracteres distintivos se distinguen con la lupa.

En ocasiones la violencia del golpe, así como la naturaleza del arma vulnerante, traen como consecuencia la perdida de un órgano cualquiera, por ejemplo, una pierna o el hígado.

d) Herida.. contusas viscerales ("contusión" visceral con solución de continuidad), Son frecuentes en politraumatizados por accidentes del tránsito, en caída, aplastamiento, trituración, explosión, los desgarros de bazo, riñón, mesenterio, pulmón a nivel del hilio pulmonar. (La ceración significa herida por desgarro). Los tejidos compactos se fisuran: en el hígado se observan resquebrajaduras, grietas; en los riñones, el parénquima está fisurado, en el bazo, se producen focos hematicos intraparenquimatosos, fisuras. Los órganos vacios se rompen, estallan. (El cerebro no se fisura, se aplasta, se reduce a papilla).

NOTA: Muchas veces es dificil deducir si las lesiones contusivas que se han observado han sido producidas por golpe-choque, o caida. En general las lesiones contusivas por caída se observan en las partes salientes del cuerpo: cabeza, hombros, codos rodillas, caderas, maléolos; pero la caída en una acera produce una herida contusa libeal, y la caída sobre un objeto saliente una escoriación que podría mal interpretarse. La caída desde un sitio elevado provoca graves lesiones internas (desgarros, rupturas, fracturas) mientras que las lesiones externas son insignificantes La caída sobre los pies rompe los calcáneos, el tarso, los maleólos, el craneo es hundido por la columna vertebral y la pelvis oor los fémures. El hígado se desgarra verticalmente sobre el ligamento redondo. Las lesiones de aplastamiento so observan sobre todo en los órganos internos. (fracturas, dislaceración pulmonar, desgarros viscerales etc).

e) Lesiones tipo fractura ósea no expontanea y equímosis ósea traumatica.- Fractura es solución de continuidad de un hueso o cartilago producida violentamente por agentes mecanicos obtusos generalmente. Lo fundamenteal desde el punto de vista médico legal es reconocer el agente productor y el mecanismo de acción que produjo esta lesión. Esto permitirá en muchos casos reconstituir los hechos que expliquen el acto de violencia. Lo principal es orientar la etiología. Las fracturas proceden de 4 causas principales: por caída, golpe o choque, compresión, estallido (por proyectil, por ejemplo). En el craneo, sitio donde más frecuentemente se producen las fracturas, los instrumentos cortantes, por ejemplo, hacha actúan más bien por explosión y hundimiento que por corte; los arpones, el gancho dejan una perforación, por fisura y explosión por efecto de cuña; los cuerpos angulosos (martillos, barras, tejas, planchas) producen casi siempre estallido o un hundimiento limitado.

En los accidentes de tránsito pueden observarse fracturas multiples (craneo, tórax, pelvis, etc), y cuya disposión indica la manera como fué atropellada la víctima.

Las equimosis óseas traumáticas aparecen después de un "traumatismo contundente " del craneo que rompe un cierto número de trabeculas óseas y produce una hemorragia intra diploica. Las equimosis y las fisuras simples, no traumáticas, no crean equímosis ósea, por el contrario, existen alrededor del orificio de entrada de un proyectil.

En realidad estas lesiones, fracturas y equímosis óseas traumáticas serían contusas puesto que son producidas ordinariamente por agentes contundentes romos, pero por el hecho de ocasionar solución de continuidad en la estructura ósea, se trata de heridas contusas complejas, en tejidos duros. Estas lesiones necesitan de un estudio especial.

B.- <u>LESIONES CAUSADAS POR ARMAS DE FUEGO</u>.

En realidad las heridas causadas por armas de fuego deben comprenderse entre las heridas contusas (véase definiciones de herida y contusión respectivamente)ya que las balas entre por choque o aplastamiento son heridas contusas pero muy particulares, pues si bien es cierto, originan solución de continuidad en los tejidos blandos, también pueden determinarlas en los tejidos duros, óseo por ejemplo.

Las heridas por armas de fuego pueden ser producidas por diferentes tipos de armas: se distinguen armas cortas y armas largas; entre las primeras están los revólveres y pistolas automáticas; entre las segundas, los rifles, las carabinas y los fusiles. También son armas largas las escopetas. Estas lesiones necesitan un estudio especial.

C.- <u>LESIONES CAUSADAS POR ARMAS BLANCAS</u>.

Las armas blancas producen heridas. En las heridas producidas hay desintegración y desgarradura de los tejidos, con solución de continuidad de los mismos como en los casos de las heridas contusas propiamente tales y de las contusas viscerales, pero se diferencian de ellas en que los cortes son netos y limpios y los bordes aparecen finamente seccionadas.

Las armas cortantes (cuchillos, navajas, etc.) se caracterizan por producir heridas en las cuales los tejidos aparecen finamente seccionados y tienen cierta longitud, en relación con el ancho del arma y la forma de utilizarla. Se puede saber la manera en que causó la herida por el estudio de la misma, porque difícilmente guarda una profundidad uniforme y en su extremo terminal deja la llamada cola de la herida, que se denota por su menor hendura.

a) <u>Herida cortante</u>.- La herida cortante es producida por un arma cortante que puede actuar por deslizamiento o por presión; al actuar por este último mecanismo da origen a una herida incisopunzante que tiene características especiales.

Los bordes de la herida son netos, sus ángulos presentan un corte superficial que se llama "cola" y que puede estar presente en uno o en los dos ángulos. La cola de mayor longitud corresponde al punto terminal de la herida, o sea, el sitio por el cual se retiró el instrumento. La separación de los bordes depende de la región y dirección de la herida; cuando el corte es transversal a la dirección de los tejidos la separación es amplia, lo que debe tomarse en cuenta para no incurrir en falsas interpretaciones.

El trayecto y la profundidad de la herida se caracterizan por su dirección uniforme en un solo sentido y es característica la escasa infiltración sanguínea alrededor de la herida. La hemorragia es generalmente externa o bien hacia las grandes

cavidades. La profundidad de la herida, junto con el largo de la herida (se mide juntando los bordes), las huellas en las ropas y en los tejidos más duros, como cartílagos y huesos blandos nos pueden dar una idea aproximada de las características y tamaño del arma. En las regiones en que existe una pared muy depresible, como ocurre en el abdomen, los trayectos en profundidad son más largos que el arma.

El examen de las ropas del cadáver es fundamental.

b) Herida incisopunzante.- Se produce por instrumento cortante que actúa por presión y no por deslizamiento. En estos casos la herida es de escasa longitud, generalmente con pequeña cola en uno de sus bordes; a veces carece totalmente de cola, y los bordes de la herida se presentan ligeramente escoriados y su fondo suele tener una sola dirección por sección de los diferentes planos de fibras.

El arma más frecuente en este tipo de heridas es el cortaplumas, pero a veces se encuentran cuchillos de hoja corta y firme, puntas de sables, yataganes

c) Herida punzante.- Es el resultado de la penetración de instrumentos alargados y afilados como alfileres, puñales, clavos, estiletes, punzones, floretes, vidrios, etc. Por su forma producen una herida estrecha y profunda que, a veces, es casi invisible superficialmente (herida punzante: la producida por un instrumento fino y agudo).

Su mecanismo de acción es la penetración por presión, con separación de las fibras de los tejidos. En general la herida no traduce la forma del instrumento empleado, pues la retracción de los tejidos dá formas curvas; así por ejemplo, un formón de sección cuadrangular produce una herida estrellada de cuatro puntas y un instrumento cilíndrico cónico dá una herida elíptica.

Las armas cortantes-contundentes son las que tienen una cara cortante, pero que obran al mismo tiempo aplastando los tejidos, dejan una herida y una contusión. Se encuentran, entre ellas, las hachas, los sables, etc.

Como hemos visto las heridas producidas por armas blancas tienen diversas características, según la naturaleza del instrumento utilizado y el mecanismo de acción.

D.- LESIONES CAUSADAS POR AGENTES FISICOS Y QUIMICOS.

Hemos agrupado las lesiones causadas por agentes físicos y químicos, no obstante la gran diversidad de éstos, por el hecho de que se exteriorizan por las mismas lesiones características, las quemaduras aunque generalmente difieren unas de otras.

Las quemaduras leves producidas por el calor se llaman eritemas y se hacen aparentes por el enrojecimiento de la piel, cuando se presentan pequeñas ampollas llenas de líquido, existe una lesión de segundo grado, llamada flictena. Las quemaduras más graves se caracterican por la presencia de escaras, formadas por tejidos muertos; por la destrucción de órganos, músculos y huesos; y, en último grado, por la carbonización. Las quemaduras producidas por el frío también tienen semejanza con las descritas.

Las quemaduras ocasionadas por la electricidad se encuentran localizadas en el punto donde se sufrió el contacto; tienen la particularidad de ser netas, como si fueran por un sacabocados y, frecuentemente, se manifiestan por la flictena que aparecen pocos días después de la lesión.

Los Rx., los ultravioletas y el radium también provocan quemaduras análogas a las descritas, con eritemas que abarcan la región afectada y, más tarde,

con flictenas de ampollas voluminosas.

Las quemaduras por substancias químicas, generalmente corrosivas, son casi siempre de carácter grave, con necrosis en los tejidos alcanzados y presencia de escaras.

NOTA: Cuando las lesiones causadas por agentes físicos y químicos muestran solución de continuidad, se habla de heridas por quemaduras (calor, frío, electricidad, radiaciones X y ultravioleta y sustancia corrosivas).

E.- LESIONES PRODUCIDAS POR AGENTES VIRULENTOS

Esta clase de lesiones se manifiestan por agentes virulentos. Esta clase de lesiones se manifiestan por las enfermedades. En la literatura médico legal no se citan muchos casos provocados por contagios dolorosos, ni tampoco acerca de lo medios usados por la contaminación.

T A B L A 1

1.- Lesiones por agentes mecánicos ("armas")
- A. Armas cortantes-punzantes
- B. Armas contundentes propiamente tales
- C. Armas de fuego

2.- Lesiones por agentes físicos-químicos

3.- Lesiones por agentes virulentos.

1.- Lesiones por agentes mecánicos:

A) Lesiones por armas contundentes propiamente tales
- 1) Contusión o lesiones contusas propiamente tales:
  - Equímosis - Hematoma -
  - Contusiones viscerales
- 2) Heridas contusas:
  - Erosión - Escoriación -
  - Herida contusa propiamente tal -
  - Herida contusa visceral -
  - Herida contusas complejas en tejidos duros (fracturas y equímosis ósea traumática)

B) Lesiones por armas de fuego

C) Lesiones por armas cortantes y punzantes
- 1) Herida cortante
- 2) Herida incisopunzante
- 3) Herida punzante

2.- Lesiones por agentes físico-químicos: (Quemaduras; heridas por quemaduras).

3.- Lesiones por agentes virulentos:

DETERMINACION DEL ORIGEN VITAL O POST - MORTEN DE UNA LESION

Dentro de los numerosos cuestiones médico-legales que pueden presentarse en relación con las lesiones (identificación del objeto lesionante, epoca de la lesión, dirección de la lesión, naturaleza mortal, forma etiologica o modalidad médico legal), destaca el problema de responder a la pregunta: ¿En qué momento se produjo la lesión?. Especialmente tiene importancia determinar el momento en que se produjo la lesión cuando se investiga la posible comisión de un délito y no se sabe si la lesión ha sido anterior a la muerte o se ha infringido en un cádaver.

Una herida de origen vital presenta tres caracteres clásicos:

1.- La hemorragia con infiltración de los tejidos es habitual. La hemorragia puede ser externa, la sangre se vierte al exterior, mancha los vestidos y los objetos, o se derrama al interior (hemorragia interna: hemotórax, hemoperitoneo yotros). La infiltración sanguinea de los tejidos se produce en el punto de lesión. Este hecho es uno de los más importante para constatar el origen vital de una lesión y, por lo tanto es fundamental buscarlo en contusiones, heridas. La sangre se infiltra en el tejido cédulo-adiposo, en los músculos, en las vainas vasculares, y se incorporas a los tejidos que forman las paredes de la herida; invade a veces las trabéculas rotas del díploe (equimosis ósea).

Debe tenerse presente que las heridas contantes, que generalmente determinan hemorragias profusas, dan escasa infiltración sanguinea a diferencia de las contusiones. La hemorragia puede no producirse, o ser mínima, en los casos de heridas por instrumentos punzantes, de herida por arrancamiento o traumatismo de los centros nerviosos que inhibe la circulacion sanguinea. Una herida no sangra si, al mismo tiempo el cuerpo ha quedado exangue (desgarro de la aorta). La infiltración de los tejidos de una herida falta cuando la sangre se ha salido fácilmente de las arterias (degollamiento).

Durante las primeras horas que siguen a la muerte o asi mismo más tarde, en las regiones hipostasiadas, una herida post morten puede sangrar, sobre todo en los asfixiados y ahogados, cuya sangre queda fluida.

En el cádaver la búsqueda de la infiltración sanguínea se realiza efectuando cortes en el aréa afectada y luego practicando lavado y malaxación de la infiltración; si esta persiste después de la operación señalada, significa que la lesión ha sido hecha en vida.

2.- La coagulación de la sangre salida de los vasos en vida es una de sus propiedades más importantes. En las paredes de la herida la sangre infiltrada se coagula, se solidifica; los coágulos se adhieren fuertemente a la malla de los tejidos. Este aspecto ensangrentado no desaparece al lavado., por lo que una herida post-mortem no dá infiltrado sanguineo. Este es un fenómeno relacionado directamente con el anterior y también puede investigarse macroscópicamente (halaxación).

Después de la muerte, la sangre pierde progresivamente sus propiedades coagulantes. Una herida, una contusión hecha sobre un cadáver poco tiempo después del fallecimiento, pueden estar impregnados de sangre coagulada, pero los coagulos son blandos y no adherentes. La sangre derramada en las serosas se coagular de una manera inconstante; en el peritoneo, la sangre queda liquida.

3.- La sepración de los labios de la herida está en relación con la retractilidad vital de los tejidos (piel, arterias, y sobretodo, músculos), por lo cual en las heridas anchas en un cadáver sólo se observa este fenómeno en su mínima expresión.

El grado de separación depende de la movilidad de la piel; es mínima en el cuero cabelludo y en la espalda.

En el cadáver, la propiedad retractil no desaparece completamente en la piel: una herida post-mortem del cuello está más o menos abierta; por el contrario tal hecho no se presenta en el músculo: la sección transversal de un miembro desplazado permanece plana.

- Existen además tres test:

Test de las fibras elásticas.- En los cortes procedentes de heridas por perforación, por sección o por contusión, producidas en vida, se vé que las mallas de tejido elástico de la piel están desgarradas y sobre todo apelotonadas en espirales o en nudos. Estas alteraciones son más extensas e importantes en las heridas por armas de fuego. (Por el contrario en un surco de estrangulación, sólo las capas profundas de la dermis pueden presentarla).

Esta destrucción de tejido elástico en masas deformes falta en las heridas post-mortem.

Test de la leucocitosis traumática.-(Piédelievre). El aflujo leucocitario en el tejido celular sub cutáneo que rodea la herida es una reacción vital que se produce en algunas horas. Así mismo la ausencia de leucocitos traumática indica que la herida es post-mortem o que la muerte ha sido rápida; la supervivencia no ha durado más que algunas horas.

Prueba de Verdereau.- La proporción de globulos blancos (B) en relación con los globulos rojos (R), es relativamente más rica en la sangre de una zona traumatizada en la vida que en la (b/r), de sangre de una zona cualquiera; de manera que una reacción vital se produce por:

$$\frac{B}{R} \qquad \frac{b}{r}$$

En resumén, con los elementos señalados puede hacerse el diagnostico de lesión vital, pero existe un periodo de incertidumbre, que comprende las tres primeras horas después de la muerte, en que los signos ya enumerados no son evidentes. Sin embargo el origen vital puede ser afirmado si la hemorragia ha sido abundante si la sangre está coagulada, si los coagulos se adhieren a la herida, y si se encuentra en los músculos y aponeurosis, si la herida es de bordes sopardos.

Hay inseguridad si la herida está poco ensangrentada, con coágulos blandos, no adherentes, que un poco deagua despega fácilmente.

En territorio hipostasiado o putrefacto, una equimosis o una sufusión sanguínea no será reconocida de origen vital más que cuando el derrame sea acentuado, y si es imposible expulsar los coágulos por presión, malaxación o lavado.

Las hemorragias intersticiales profundos o parenquimatosas son igualmente testimonios de lesiones vitales.

Un foco de fractura post-mortem puede contener sangre pero no coágulos.

ESTUDIO MEDICO LEGAL DE LAS LESIONES (INFORME PERICIAL)

El estudio médico-legal de las lesiones (peritaje) contempla tres aspectos fundamentales; el especialista debe informar al juez acerca de la etiología, la forma médico-legal y el pronóstico. Para cumplir con el peritaje de lesiones ordenado por el juez, es preciso atenerse al Art. 141 del Código de Procedimiento Penal: "Los facultativos describirán las lesiones indicando el instrumento con que han sido causadas, su gravedad, los órganos afectados o mutilados, las consecuencias que ordinariamente tienen heridas de esta naturaleza y las que hayan acarreado en

caso actual, y expresarán, además, el tiempo que, según su parecer, el ofendido permanecerá enfermo o incapacitado para el trabajo a consecuencia de las lesiones.

ETIOLOGIA.

La etiología se refiere a buscar la causa de la lesión, ¿ qué agente vulnerante causó la lesión?. Debe identificarse el elemento vulnerante; es útil que el perito disponga del agente productor, a fin de reconstruyendo los hechos que explique el acto violento, poder informar al juez acerca de la manera en que ocurrieron los hechos que se investigan. La identificación del instrumento lesionante no presenta dificultades en la mayor parte de los casos, a la simple vista de la contusión, herida o quemadura. Con un estudio más detenido puede, incluso, determinarse un gran número de características del instrumento utilizado; por ejemplo, la marca del arma de fuego, su calibre y tipo de bala. Aún más, con el arma sospechosa a disposición del perito, es posible saber si fue realmente la usada.

En el estudio de la etiología es preciso determinar, forma, tamaño localización, dirección, color, reacción sanguínea vital, etc. de la lesión, ya que existen, como sabemos, diferentes formas de lesiones en relación con el agente vulnerante. Según sea la naturaleza del elemento traumático y la violencia con que este actúa distinguimos varios tipos de lesiones:

1.- Lesiones tipo contusiones o lesiones contusas vitales. (" Lesiones sin solución de continuidad externa en los tejidos blandos producidos por un choque violento o aplastamiento con o contra un agente " contundente" obtuso"): equímosis, hematoma, contusión visceral.

2.- Lesiones tipo heridas. (" Aquellas lesiones con solución de continuidad en las partes blandas y que son producidas violentamente en un encuentro, con o contra un cuerpo extraño"). Las heridas pueden ser:

a) Contusas: (Erosión, escoriación, herida contusa propiamente tal, heridas viscerales y heridas contusas complejas en tejidos duros, es decir, fractura y equímosis ósea traumática).

NOTA: Las lesiones causadas por armas de fuego deben comprenderse dentro de las heridas contusas.

b) Cortantes; Inciso-cortantes (degüello, corte suicida de muñeca, contuso-cortante (hachazo, sablazo); cortante penetrante (puñalada); inciso-punzante (enterrarse un clavo en la punta del pié); punzante penetrante (estoque, punzón)

3.- Lesiones tipo quemaduras. Son el producto particular lesional muy característico producido por agentes físico-químicos (calor, frio, electricidad y otros). Las de primer grado pueden considerarse lesiones contusas, en cambio las de segundo y tercer grado, como heridas por quemaduras.

FORMA O MODALIDAD MEDICO LEGAL DE LAS LESIONES CORPORALES

Caben tres posibilidades en cuanto a forma etiológica o modalidad médico-legal de las lesiones; las lesiones corporales son una resultante "compatible", "atribuíble", o "explicable", tipo:

1.- Acción de terceros: (Dicha agresión puede dar un homicidio. Agresión, es el acto de agredir, es decir de "acometer a alguno para matarle, herirle o hacerle cualquier daño").

2.- Accidental, causal o fortuíta. (Consecuencia de un choque, caída o aplastamiento)

3.- Autoinfringida. (Propósito de simulación, suicidio). En nuestro medio el peritaje de lesiones reconoce como forma etiológica o modalidad médico-legal más frecuente, las agresiones. Para inclinarse por lesiones compatibles, atribuíbles o explicables por la modalidad de tipo accidental o causal deben descartarse las otras hipótesis. Debe procederse con máxima objetividad, lógica y suma prudencia en la interpretación de los hechos de observación y los antecedentes que se han aportado y, no afirmar la hipótesis de lesión causal o fortuíta.

En el diagnóstico diferencial entre las hipótesis de "lesiones de tipo acción de terceros" y de "tipo autoinfringida, compatible con intento de suicidio", deberán considerarse, aunque también con prudencia ciertas normas que dan la ubicación, la dirección, la cronología, la violencia y otros, de las lesiones. Debe buscarse posibles huellas de lucha, de resistencia, "heridas de tipo defensa", "heridas aberrantes" o huellas de golpes fallidos por los movimientos de protección de la víctima. Debe tenerse presente que el informe pericial de lesiones es uno más, aunque uno de los más sumamente importantes, de los muchos aportes dentro del proceso judicial. En el esclarecimiento definitivo del hecho judicial, será fundamental para el juez la coincidencia de una multiplicidad de datos. Como es sabido, la búsqueda de datos es de la competencia del juez que recibe los testimonios y establece los móviles, y la intención. En la reconstitución completa del hecho judicial se constituyen en fuentes, también muy importantes, los datos aportados por la investigación policial: las observaciones sobre el lugar del suceso, cartas, testimonios; el número de agresores, los informes de orden psiquiátrico, el examen del inculpado, de las vestimentas, del arma ocupada, del valor de la dosificación del alcohol en la sangre.

Vale la pena tener presente que para determinar las posiciones respectivas de la víctima y del agresor no basta tener en cuenta la situación y el trayecto de las heridas, sino que hay que tener en cuenta también una actitud muy variable de la víctima. Por ejemplo, una herida de la espalda puede haber sido hecha por delante, si la víctima se encontraba en aquel momento muy flexionada hacia adelante.

Las lesiones autoinfringidas con propósito de simulación no son excepcionales y merecen un comentario especial.

La simulación médico-legal es un fraude conciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con un fin interesado. En materia civil, los métodos de simulación son utilizados para adquirir derechos indebidos (licencia, pensión de invalidez, daños y perjuicios) para aprovechar ciertos privilegios o cobrar indemnizaciones (seguros contra accidentes, seguros sociales), o para llamar la atención (niña mitómana). En materia penal la simulación es puesta en marcha para desorientar (agresión simulada, violación simulada), para escapar a la represión penal o la reclusión, para sustraerse una obligación legal (citación de justicia y otros), para sonsacar dinero (chantaje).

La simulación puede revestir diferantes formas según que la enfermedad o trastorno mórbido sea provocado, imitado, prolongado o falsamente referido a un tratamiento.

Enfermedades y lesiones provocadas. Automutilación. En algunos casos el simulador se presenta con una afección auténtica que ha sido provocada por medios artificiales. Existen lesiones de dos clases: unas son pasajeras, benignas, pero suficientes para determinar la interrupción del trabajo. Las otras son mutilantes, dejan secuelas anatómicas o funcionales definitivas. En el primer grupo los tipos etiológicos son muy variados. Las heridas contusas y las úlceras provocadas no difieren de las sobre-

venidas accidentalmente, falsas mordeduras de caballo o de perro realizadas con ma[illegible] matosis pueden ser reproducidas artificialmente, con caústicos, ácidos, alcalís, c[illegible] pillos duros. Se obtienen así eritemas, erupciones vesiculosas, exulceraciones, o [illegible] liquefinicación por el rascado sistemático.

En general, las lesiones están limitadas por bordes rectilíneos, su configu[illegible] ración es irregularmente geométrica, están repartidas en puntos fácilmente accesib[illegible] del cuerpo. (Un vendaje oclusivo y hermético conduce rapidamente a la curación).

Piodérmitis artificiales se han descrito por fricciones mecánicas, escaras fraudulentas por inyección de substancias caústicas. Las quemaduras del pie, de la mano, son hechas generalmente por trapos empapados de agua hirviendo la integridad de la piel de los espacios interdigitales está en contradicción con la causa prete[illegible] tada. Se han descrito también abcesos y flemones provocados artificiales. En la li-teratura se cira además el "edema duro traumático" o celulo dermitis contusiva, le-sión provocada por el martilleo, a pequeños golpes, con un cuerpo blando (saco de arena, botella, cuchara) del dorso de la mano, protegido por un vendaje. El edema, primero blando se convierte en duro y elástico. La piel queda normal o un poco ros[illegible] da. El "enfisema artificial cérvico facial" ha sido observado en los detenidos; es obtenido por una inyección en la cara interna de las mejillas, seguido de insufla-ción bajo presión, estando la boca y nariz tapada.

Las mutilaciones voluntarias. Se observan sobre todo en los miembros superiores. Son amputaciones del pulgar o del indice generalmente, provocadas por un traumatis-mo cruento.

II.- Simulación de transtornos mórbidos.- El cuadro clínico de una enfermedad es r[illegible] ramente representado, puesto que es dificil reproducirlo exactamente. El mixtifica-dor escoge más bien sintomas que cree dificil de controlar, pero facil de imitar y mantener con la voluntad. Simulación de locura se observa en sujetos persegidos po[illegible] la justicia puesto que la alienación mental trae consigo la irresponsabilidad y la impunidad.

Se describen falsas bronquitis (aspiración de polvos de harina o d[illegible] humo procedente de un cigarrillo hecho tabaco y azufre; se producen estertores bro[illegible] quiales, pero no expectoración y fiebre); también hematurias artificiales (dosism excesiva de urotropina, adición simple de sangre a la orina).

III.- Simulación-exageración: Es la forma más frecuente de la simulación. El simul[illegible] dor es afectado por una enfermedad o presenta una herida auténtica, pero, con un f[illegible] interesado y de una manera conciente y voluntaria, tiende a exagerar la gravedad o las consecuencias.

IV.- Falsas imputaciones: El simulador atribuye una enfermedad o trastorno mórbido a un accidente.antiguo y reciente. Ej: una úlcera de la pierna que se pretende sea considerada de origen traumático.

V.- Simulación de un atentado: Consiste en representar hechos y circunstancias par[illegible] que confirmen las alegaciones de agresión formuladas por el beneficiario de la im-postura. Ej: una niña, a instigación de su madre, que organiza, afirmar haber sido victima de un atentado al pudor, etc.

Se descubren estas falsas agresiones al registrar discordancia ent[illegible] las circunstancias de la agresión y la importancia, la situación o los carácteres de las heridas; o bien que los desgarros de los vestidos no corresponden al reparti topográfico de las lesiones, o bien demuestran que el orificio de entrada del disp[illegible] ro es anterior, mientras que la agresión tuvo lugar por detrás, etc.

El diagnóstico médico legal de la simulación es una operación difícil No existe signo patognómico de la simulación. La desmostración no puede ser establecida más que por un conjunto de elementos de apreciaciones (anamnesis, exámen físico, exámen de laboratorio, estudio psicológico o psiquiátrico, encuesta social).

PRONOSTICO MEDICO LEGAL DE LESIONES CORPORALES

Pronóstico Med: es: "Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañar".

El pronóstico médico-legal de lesiones corporales consulta obligatoriamento responder a las consecuencias o efectos de las lesiones y debe expresar, además, claramente, cuanto tiempo el lesionado estará enfermo y/o incapacitado para trabajar (Art. 141 Código Procediminto Penal, señala " Los facultativos describirán las lesiones indicando el instrumento con que han sido causadas, su gravedad, los órganos afectados o mutilados, las consecuencias que ordinariamente tienen heridas de esta naturaleza, y las que hayan acarreado en el caso actual y expresarán además, el tiempo que, según su parecer, el ofendido permanecerá enfermo o incapacitado para trabajar a consecuencias de las lesiones."

Como vemos, el Art. 141 ordena que el perito oriente la etiología, describa la lesión,(su forma, tamaño, ubicación, compromiso somático), con el objeto de identificar o reconocer el posible agente vulnerante y el mecanismo de acción que produjo la lesión. Esto permitirá reconstituir los hechos que expliquen el acto de violencia. Ordena además dicho artículo que el especialista dictamine acerca de la gravedad de la lesión, exprese su importancia, su peligrosidad e informe de los hechos que se siguen o resultan de él, determinando además el tiempo en que sanará o curará y el tiempo que demandará de incapacidad o inutilidad para el trabajo o labores habituales. Tal es el concepto de pronóstico médico-legal de lesiones corporales; para resolver sus exigencias legales, fundamental es que el perito formule, en primer lugar, un juicio preciso, acerca de la gravedad. De la estimación de la gravedad se resolverán una a una las premisas del pronóstico médico legal y, atendida la gravedad del dictamen el Tribunal regulará el castigo de los culpables (sansión penal) y las indemnizaciones civiles correspondientes.

El perito en su informe médico-legal de lesiones debe establecer la gravedad atendiendo a los conocimientos médicos y a las normas que establece el Código Penal. El perito médico-legal debe actual como tal: en su labor debe atender a las consideraciones de su naturaleza médica y emplear el carácter y espíritu jurídico adquirido a través de sus estudios médicos legales, sin confundir por ello su labor con la del juez. No debe crear interferencias jurídico-biológicas, en sus conclusiones debe tender un puente entre ambos criterios. El perito médico debe comprender que, como colaborador indispensable a la tarea de la justicia debe formular sus conclusiones, en este caso acerca de la gravedad, "conforme a las reglas o principios de su ciencia" madre y encuadrándolas dentro del cuadro de la ley.

El Derecho Penal, como sabemos, es el encargado de regular el castigo de los delitos mediante la imposición de penas. Así, el Código Penal, para los efectos de establecer o graduar la penalidad reconoce tres grandes grupos de lesiones de acuerdo con la gravedad o importancia del daño causado; las distingue o clasifica en orden decreciente de penalidad, en graves (Art. 397), menos graves (Art. 399) y leves (Art. 494, Nº 5).

CLASIFICACION DE LAS LESIONES CORPORALES ESTABLECIDAS EN EL CODIGO PENAL

Es conveniente, para los fines de su análisis, la distinción entre mutilaciones y lesiones propiamente tales.

A.- Mutilaciones. Se refieren a ellas los Arts. 395 y 396, C.P. de los cuales, el segundo da el concepto general ("cualquiera otra mutilación...") y el primero alude a una de sus especies, la castración, esto es, la extirpación de los órganos destinados a la procreación.

- Art.: "El que maliciosamente castrare a otro será castilado con presidio mayor en sus grados mínimos (5 - 10 años) a medio (10 a 15 años).

- Art. 396: "Cualquiera otra mutilación de un miembro importante que deje al paciente en la imposibilidad de valerse a sí mismo o de ejecutar las funciones naturales que antes efectuaba, hecha tanbión con malicia, será penada con presidio menor en su grado máximo (3 a 5 años), a presidio mayor en su grado mínimo (5 a 10 años); agrega: "En los casos de mutilaciones de miembros menos importantes, con un dedo o una oreja, la pena será presidio menor en sus grados mínimo (61 a 540 días a medio (541 a 3 años).

B.- Lesiones propiamente tales. El regimen chileno las clasifica en:

1.- Graves (Art. 397) con dos subespecies: "simplemente graves" (Nº2) y"gravds-gravísimas" (Nº1);

2.- Menos graves. (Art. 399).

3.- Leves (Art. 494, Nº5), estas últimas incluídas entre las faltas y, la denominación graves-gravísimas, para las del Nº1 del Art. 397, no se emplea por la ley, pero la ha impuesto la costumbre.

- Art. 397: "El que hiriere, golpeare o maltratare de obra a otro, será castigado como reo de lesiones graves.":

1º- Con la pena de presidió mayor en su grado mínimo (5-10 años) si de resultas de las lesiones queda el ofendido demente, inútil para el trabajo, impotente, impedido de algún miembro importante o notablemente deforme.

2º.- Con la de presidio menor en su grado medio (541 días a 3 años) si las lesiones produjeren al ofendido enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de 30 días.

- Art.399: Este artículo del C.P., defino como lesiones menos graves las no comprendidas en los Arts. 395, 396 y 397. Empresa el 399: "Las lesiones no comprendidas en dichos artículos se reputarán de menos graves y serán penadas con relegación o presidio menor en sus grados mínimos (61 a 640 días) o con multa.

La figura básica, de carácter residual, es la de lesiones menos graves. Entre esta y la de lesiones menos graves, del Art. 397, hay una diferencia cuantitativa que mira a la intensidad del daño en la salud experimentado por la víctima (tipos calificados). En cambio, la figura priviligiada de lesiones leves, del Art. 494, Nº5, tiene su fundamento en criterios cualitativos, diversos, en que prima la valoración subjetiva, fórmula ésta que ha suscitado reparos teóricos e inconvenientes.

Lesiones leves, según el Nº 5 del Art. 494, son las que en concepto del Tribunal no se hallaren comprendidas en el Art. 399, atendida la calidad de las

personas y las circunstancias del hecho. Vemos que la diferencia que hay entre las dos últimas categorías es muy sutil y queda entregada por entero al criterio del juez.

El Código Penal como hemos visto ha señalado ha señalado también un tiempo de curación y de incapacidad, pero no con el ánimo deconstreñir o forzar la opición versada del perito; éste debe evitar las interferencias jurídico-biológicas, debe ser preparado, debe concoer la ley y en la estimación del pronóstico médico legal, en el dictamen de cada una de sus premisas, debe aportar todos sus amplios conocimientos; así por ejemplo, no debe calificar una herida penetrante abdominal como de leve por el hecho de que pueda curar en un plazo corto, por ejemplo 6 a 8 días, sino de herida o lesión de carácter grave porque es realidad clínica que ella importa muy probablemente consecuencias serias.

Con un buen criterio y conocimientos adecuados, la justa realidad médica valorada científicamente no encontrará, impedimento técnico ni moral en su satisfacer el espíritu y marco de la ley.

En general, los jueces al tomar conocimiento de un informe pericial fijan su atención en el número de días de enfermedad e incapacidad para el trabajo que indica el médico informante. Se comprende que ésta no es una referencia que siempre tenga relación totalmente directa con la gravedad clínica de cada caso en particular; pero, en el deber de ayudar técnicamente a la justicia debe establecerse en muchos casos un criterio intermedio (con justo asidero científico y ético), entre el tiempo de curación clínica y el tiempo que señalan los artículos del Código Es así como en el caso recién planteado de la herida penetrante abdominal, aunque la lesión pueda en pocos días curar, ella ha de recibir el pronóstico de lesión grave por las serias consecuencias posibles.

(Las discrepancias entre el Código Penal y una realidad clínica, médica pura, en constante avance y renovación de conceptos de curación, de terapéutica, han de justificar en el futuro una posible reforma legal).

Actualmente el perito sigue el siguiente criterio en cuanto a pronóstico médico legal: califica de <u>leves</u> a aquellas lesiones que por su gravedad demoran en sanar o incapacitan al lesionado para trabajar entre 0 - 15 días; de <u>mediana gravedad</u> a aquellas que por su gravedad incapacitan y demoran en curar entre 15 y 30 días y, de <u>graves</u> todas las lesiones que por su cualidad severa producen enfermedad e incapacidad por más de 30 días y otras expresamente señaladas por la ley (como sabemos el Código señala: castración, mutilación de un miembro importante, brazos muslos, piernas; mutilación de un miembro menos importante, oreja, dedo; las que determinan demencia, impotencia y otras ya planteadas).

<u>NOTA</u>: en general las lesiones leves no determinan incapacidad, salvo algunas excepciones calificadas.

<u>CONSIDERACIONES PRACTICAS ACERCA DEL INFORME PERICIAL DE LESIONES</u>.

Este informe es solicitado, como todos sabemos, por los Tribunales en casos de:: lesiones, determinación de término de lesiones, ampliaciones sobre el dictamen. El delito de lesiones supone intención (hecho a sabiendas); cuasi delito es daño a otros sin quererlo, "Lesiones" como un hecho judicial lleva a un proceso o juicio el que requiere de un peritaje médico legal. Este es uno de los medios de prueba de que dispondrá el Tribunal. El juez o magistrado es quien recibe los testimonios y establece en definitiva los móviles del delito, debe demostrar la inten-

ción criminal sin la cual no habría culpabilidad.

El Art. 141 indica que el peritaje debe comprender tres puntos fundamentales:

I.- Identificación

II.- Descripción (anamnesis, examen físico)

III.- Conclusiones
- a) etiología
- b) pronóstico médico legal
- c) tiempo de sanar
- d) tiempo de incapacidad

I.- Identificación del examinado: Debe tomarse nota de todos los datos que ayuden a esclarecer la identidad del sujeto. Deben registrarse: nombre, edad, estado civil, domicilio (completo), carnet de identidad. Si la persona no posee carnet de identidad se toma la impresión digital del pulgar derecho; en el caso de que no se pueda usar el pulgar derecho, por ejemplo, fracturas o quemaduras, se toma la impresión digital del pulgar izquierdo. En los casos de niños, menores sin carnet de identidad se anota el número de carnet del acompañante.

II.- Descripción: Debe realizarse la anemnesis y el examen físico.

Anamnesis: - Deben contestarse las siguientes preguntas:

a) ¿Qué pasó?. Es fundamental determinar la causa de la lesión que afecta al sujeto: agresión, accidente de tránsito, mordedura de algún animal (perro, caballo, cerdo, etc.) En un 60 - 70% de los casos se relata agresión, en un 30 -40% accidentes variados; en un 10%, aproximadamente, se dan a conocer accidentes del trabajo, mordeduras caninas flagelaciones y otros.

b) ¿Cuándo ocurrió? Es de importancia capital constatar la fecha del suceso. Hay que preguntar no sólo el día, sino dejar constancia, además, de la hora ya que después de las 24 horas, es 0 horas, del día siguiente, y muchos lesionados no se dan cuenta que ha transcurrido un nuevo día. Este dato es fundamental para poder relacionar las lesiones con la información que se nos proporciona; por el examen de las lesiones podremos establecer su data aproximada y esta la correlacionamos con el antecedente que nos entrega.

c) ¿Hubo o nó atención médica? Este es un dato importantísimo para el clínico médico legal. Casi la totalidad de los lesionados han recibido atención médica pronta ya sea en servicios de urgencia o en forma particular. Debe preguntarse en qué fecha fue atendido y que diagnóstico se estableció, todo esto último fecha y diagnóstico, se colocan cuando el lesionado trae un certificado médico, comprobante de atención o carnet de alta en caso de hospitalización; todos estos documentos deben estar debidamente firmados y timbrados. En caso de hospitalización debe especificarse el lugar, el tiempo , los diagnósticos de ingreso y de alta.

Es importante para comenzar a examinar al lesionado, tener una idea de la impresión primera que ella causó en el otro médico. Todas las atenciones en centros asistenciales son documentadas y queda constancia de lo pasado, dato que nos es útil para saber, por ejemplo, porqué un lesionado trae un yeso, porqué exactamente fue operado, porqué fue suturado, etc. Los carnet de alta son igualmente importantes, en ellos está consignada la razón de la estada intrahospitalaria. Debe tenerse presente que todos estos documentos pueden ser usados como instrumentos públicos en lso Tribunales; al perito le proporcionan información clara y muy útil para comenzar su estudio y, también pueden servirle para separar los simuladores de los verdaderos afectados. Con el examen físico se verifican las lesiones, debe anotarse solo

lo que se puede visualizar, palpar (en el caso de los enyesados es necesario que s acompañen de radiografías y/o certificados médicos). Es en esta parte, en el exame físico, donde el perito no debe dejarse impresionar por las exageraciones del lesi nado; es en esta etapa del peritaje donde generalmente los lesionados tratan de ma nificar sus daños a fin de obtener un pronóstico de máxima gravedad; por el contra rio el perito ha de ser muy acucioso e insistente en su examen en el caso de los l sionados detenidos o presos, éstos en su gran mayoría tienden a ocultar o negar su daños.

Es on el examen físico donde el perito debe diferenciar los tiempo de evolución de las diferentes lesiones (ejemplo, evolución de las equímosis).
NOTA: fracturas costales con siete días de evolución.

III.- Conclusiones: a) Etiología. Debe precisarse la etiología; debe el perito pro nunciarse si las lesiones son "explicables", "compatibles" o "atribuíbles" con un determinado tipo de elemento (físico, contundente, pie calzado, etc.)

b) Luego hay que determinar el pronóstico médico-legal (L. M.C y G.). El juez fijará gran atención al tiempo que el lesionado estará enfermo y/o incapacitado para su trabajo. Debe el perito conocer lo estipulado por el C.P. so- bre todo en lo referente a las lesiones que él estipula como graves; deben conocer cuáles son las que la ley expresamente señala como tales.

c) A continuación debe señalarse el tiempo de curación, sin con siderar una posible complicación, por ejemplo: fractura de tibia, rasgo completo sin desplazamiento = tiempo de curación (que es igual al de incapacidad) es de 2 a 2 y medio meses; no se considera entonces la complicación más frecuente de este ti po de fractura que es la pseudoartrosis y con la cual el tiempo podría prolongarse desde 6 meses hasta 1 año, debido a que esta complicación requiere tratamiento qui rúrgico. En este ejemplo se dictamina "la fractura consolidará en 2 a dos y medio meses, con igual tiempo de incapacidad, salvo complicaciones". El perito en síntes no puede considerar la complicación alejada de ningún tipo de lesión en un primer examen. Solo se puede considerar cuando el Tribunal solicita una ampliación del in forme o la determinación del término de lesiones.

d) Por último hay que especificar el tiempo de incapacidad parc o total. El juez muchas veces es lo que más considera para determinar el tiempo de encarcelamiento del culpable (materia penal)

Desde un punto de vista práctico las lesiones leves en general acarrean incapacidad y aquellas que la producen son excepcionales. En cambio en la lesiones menos graves el tiempo de curación se aproxima o es igual al tiempo de in capacidad, por ejmplo una fractura de antebrazo del adulto, tipo Colles, necesita un yeso por 42 días (seis semanas) y 10 a 15 días de rehabilitación de la movilida articular, es decir, necesita un tiempo de curación e incapacidad entre 50 y 60 dí

Es importante tener claro que siempre existe la posibilidad de cer una ampliación de determinado informe. En un primer peritaje puede concluirse, a la luz de los antecedentes y del examen, en un pronóstico de leve y, en un segun examen, con nuevos aportes, en menos graves y en un tercero en graves.

El informe pericial es en la gran mayoría de los casos un recon oimiento breve y fácil, ya que los dos tercios de los lesionados son enviados por lesiones banales, sin embargo, en el otro tercio es necesario un conocimiento acab do y profundo de determinadas especialidades (ej.: traumatología, ginecología, neu logía, odontología, oftalmología,etc.). En nuestro país se necesita un hospital ju cial, con un número suficiente de especialistas, equipos completos de laboratorio,

ALCANCES JURIDICOS ACERCA DE LA CLASIFICACION DE LESIONES CORPORALES DEL CODIGO PENAL

Mutilaciones.- La etimología de la voz mutilar está vinculada a las ideas de cortar o cercenar y asimismo como mengua corporal. De ahí que Pacheco defina la mutilación como "el corte y la destrucción de cualquier miembro de una persona humana". Se ha distinguido entre mutilación de un miembro importante y mutilaciones de miembros menos importantes.

Es claro que si por miembro se entiende la parte de un todo, habría que concluir que también mutilación es el hecho de desprender un trozo de carne del cuerpo humano, lo que es impugnado con razón por Etcheberry. Se considera que el asunto concierne, más bien, a una mengua funcional: "la calidad de miembro está dada a las partes del cuerpo que el individuo se sirve para las actividades físicas de su vida de relación, y a aquellas que ejecutan una función específica".

Cualquier órgano, no sólo los de aprehensión y locomoción, es miembro en el sentido del Art. 396.

La castración es una forma especial agravada de mutilación. Dice el Art. 395: "El que maliciosamente castrare a otro será castigado con presidio mayor en sus grados mínimo a medio", es decir, con la misma pena del homicidio simple.

Respecto del sujeto pasivo se ha suscitado alguna discusión. Mientras para algunos, la castración es sinónimo de mutilación de los órganos genitales de una persona (hombre o mujer), hay quienes piensan que en el plano jurídico-penal el tipo debe restringirse al paciente varón. Pero se trate del hombre o de la mujer, la clase de daño es semejante y la definida intencionalidad, que permite distinguir, más que en el plano material, la castración de una lesión grave que produce impotencia, puede presidir en igual forma la destrucción de los órganos genéticos, cualquiera que sea el sexo de la víctima.

En el plano material se ha promovido la cuestión sobre si constituye un hecho típico la extirpación parcial de los órganos genitales: amputación de un solo testículo, de un solo ovario, del pene y no de los testículos, etc. La ablación del pene, con subsistencia de los testículos no acarrea necesariamente la incapacidad procreadora y por su parte, la amputación testicular plena no ciempre impide la realización del coito estéril, no obstante lo cual existe en ambas hipótesis castración perfecta. Ello es claro, en cuanto en tales casos se priva, sea de la posibilidad funcional del coito normal, sea de la posibilidad de generar. Lo mismo no acontece en el caso de pérdida de un solo testículo que "no obstaculiza sensiblemente la capacidad erótica y ni siquiera la genésica del sujeto".

En lo que respecta a los órganos femeninos, el criterio es semejante: se entenderá consumada la castración si se ha producido la pérdida de la posibilidad de concebir o de realizar la cópula y el delito estará frustrado si tales funciones no han resultado afectadas.

Se ha visto, sin embargo, que en el concepto de castración no quedan incluídas la vasectomía ni la salpingectomía, las cuales no constituyen siquiera mutilación, ya que a través de estas intervenciones no tiene lugar la extirpación de miembros. Los problemas que ellas suscitan, aunque se traducen en impotencia, no corresponde tratarlos aquí.

Mutilación de miembro importante.- El legislador chileno hizo la distribución entre tilación de un miembro importante ("cualquiera otra", diversa de la castración) y m tilaciones de miembros menos importantes (Art. 396). La determinación sobre el carác ter importante o menos importante del miembro afectado tiene señalada su pauta por propia ley, con arreglo a la cual es mutilación del primer grupo aquella que"deje e paciente en la imposibilidad de valerse por sí mismo o de ejecutar las funciones na rales que antes ejecutaba". Es claro que los órganos sexuales pertenecerían a esta clase, de no mediar las circunstancias, expresada en la alta penalidad, que su tra cendencia condujo al tipo todavía más grave de castración. También alude la ley a l miembros importantes en el Art. 397, Nº 1, concerniente a las lesiones llamadas gra gravísimas ("si de resultas de las lesiones queda el ofendido..... impedido de algú miembro importante....").

Según los tratadistas debe concluirse que el criterio para fijar e concepto de miembro importante, en el sentido del Art. 397, no es el mismo que el e pleado en el Art. 396. La conclusión ha de ser que este segundo concepto es más amp que el primero.

La noción de lo importante es, bien se sabe, por esencia una idea cional y, por lo mismo, relativa. Podía, es claro, el Art.396, como lo hizo, fijar un concepto de alguna amplitud, en consideración a la especialísima clase de acción (cercenar, extirpar del todo) y a la intensidad del dolo. Desde este punto de vista basta que se ampute con dolo directo un miembro por cuya pédida quede el paciente i posibilitado para ejecutar alguna función natural que antes ejecutaba y ese miembro será estimado importante. Igual concepto e igual amplitud para la idea de important no tiene que valer por fuerza en otro contexto, con mayores exigencias objetivas y menores requerimientos subjetivos, como acontece con el Nº1 del Art. 397, que condu a una pena cercana al homicidio.

Los juristas plantean que una interpretación satisfactoria es aque lla que restrinja el alcance del adjetivo importante del Art.397 a solos los casos en que el resultado es parangonable en trascendencia a los otros resultados abrumad que en ese precepto se han previsto: demencia, impotencia, inutilidad para el traba notable deformidad.

De este modo, el hecho de herir, golpear o maltratar de obra a otr dolosamente (sea el dolo directo o eventual) que produce la impedición de un miembr no ya su amputación, será regido por el Nº 1 del Art. 397 únicamente si la importan cia del miembro es de entidad equivalente a los demás resultados que en ese precep to se señalan, para lo cual no es suficiente que el ofendido quede imposibilitado d ejecutar alguna función natural que antes ejecutaba.

En el ámbito del Art. 396 subsisten todavía algunas preguntas. Cie tos autores chilenos han sostenido que la fórmula "miembro importante" debe ser apr ciada "no sólo con relación a su naturaleza, sino que habida consideración a la ed situación, actividades y además condiciones personales de la víctima, y a los ante dentes y detalles de la malicia puesta en práctica por el hechor. "Torrealba asever que" un factor que ha influído mucho últimamente para catalogar un miembro de impor tante o no importante es la gran división del trabajo que existe hoy día en toda cl industrias y que hace que los individuos agudicen sus aptitudes para una determina labor, de tal manera que muchas veces son incapaces de desempeñar cualquier otro tr bajo que no sea el de su especialidad. Etcheberry, en cambio, opina que la protecci penal se dispensa en atención a la integridad anatómica y al equilibrio funcional d la persona y no a las actividades que desempeña, lo que no obsta a que éstas últim

deban ser consideradas para regular la indemnización de perjuicios en el ámbito ci
Los ejemplos puestos por el legislador para los casos de miembros menos importante
parecen demostrar que esta última tesis es la correcta.

Mutilación de miembro menos importante.- Dispone el Art. 396, en su inciso segund
que, "en los casos de mutilaciones de miembros menos importantes, como un dedo o u
oreja, la pena será de presidio menor en sus grados mínimo a medio". El concepto d
miembro menos importante resulta por exclusión de las dos ideas que fijan el de mi
bro importante. Como se sabe, si de resultas de la mutilación queda el ofendido im
posibilitado de valerse por sí mismo o de ejecutar las funciones naturales que ant
ejecutaba el miembro afectado deberá considerarse importante en el sentido del Art
396 "Valerse por sí mismo" equivale a decir "bastarse a sí mismo", poder "manejars
Así, el sujeto a quien se han amputado algunos dedos de ambas manos que le impiden
escribir, para lo cual entonces debe valerse de auxilio de otro, es paciente de un
mutilación de miembro importante. Otro tanto acontece si el sujeto pasivo queda im
posibilitado de ejercer alguna función natural que antes ejecutaba. Ello no signif
ca, según antes se explicó, que la lesión sea de aquellos del Nº 1 del Art. 397, y
que el ofendido puede quedar imposibilitado de bastarse a sí mismo en un aspecto n
primordial de su vida de relación, como en el ejemplo propuesto, o impedido de un
gano no equiparable por su significado fisiológico a los efectos extremos del menc
nado numerando primero del Art. 397.

Toda mutilación de un miembro que no produzca alguna de las dos cla-
ses de resultados del inciso primero del Art. 396 constituye mutilación de miembro
menos importante; la exigencia subjetiva de dolo directo, aunque no se repita en el
inciso segundo del Art. 396, por la lógica del precepto, no puede afectarlo en su
totalidad.

Del mismo modo como la hipótesis de lesión grave-gravísima con dolo
directo o eventrual prevalece sobre la del Art. 396 inciso primero, la de lesión
simplemente grave del Nº2 del Art. 397, también con dolo directo o eventual, preval
ce sobre la del Art. 396 inciso segundo. En lo que respecta a una mutilación de mie
bro menos importante con dolo eventtual, supuesto que por el lapso de enfermedad o
incapacidad no ha operado el desplazamiento al tipo de lesiones graves, no queda
regida por el Art. 396 inciso segundo, sino por el Art. 399 (lesiones menos graves)

LESIONES PROPIAMENTE TALES

El problema de las simples vias de hecho.- No constituyen lesiones las simples vias
de hecho y éstas últimas por punibles excepcionalmente en cuanto tales (v. gr. en
los casos de los Arts. 140 y 150), aunque pueden conducir a incriminación por la
via de un atentado contra la libertad o contra la llamada " pretensión a la conside
ración de los demás", al "reconocimiento de la propia dignidad personal", ideas am-
bas subyacentes al obicuo concepto de "honor" y que quedan captadas a través de las
figuras de injuria.

La conducta en estos delitos.- La acción de lesionar gravemente aparece delimitada
por el texto legal al comportamiento activo y a sus formas especialmente descritas.
Los medios inmateriales y la comisión por omisión sólo tendrían cabida en él muy
reducido margen que tolera el Art. 398, aunque sí, ampliamente, en el ámbito de las
lesiones menos graves (Art. 399). 113.

113. Si se prescinde, con todo, del abuso de la credulidad o flaquezas de espíritu, cuyo alcance es limitado, las acciones típicas del delito de lesiones graves aparecen restringidas a las de herir, g lpear o maltratar de obra (Art. 397, 399) y a la de administrar, a sabiendas, sustancias o bebidas nocivas (Art. 398, 399).

LESIONES GRAVES

Las llamadas lesiones propiamente tales, pueden clasificarse, según se ha visto, en lesiones graves (Art. 397), menos graves (Art. 399) y leves (Art,494 Nº 5). Deben añadirse, en relación con cualquiera de estas clases, las hipótesis especiales del Art. 398. En cuanto a las lesiones graves, es preciso distinguir las simplemente graves y las lesiones graves gravísimas .

El Art. 397 distingue dos clases de lesiones graves, a la primera de las cuales se la denomina lesiones graves-gravísimas y a la segunda, lesiones simplemente graves, previstas respectivamente en los numerandos primero y segundo de este artículo. Respecto a la acción, si bien el citado Art. 397 usa los verbos "herir, golpear y maltratar de obra", el Art. 398 la extiende a la hipótesis de administración a sabiendas de sustancias o bebidas nocivas y de abusar de la credulidad o flaqueza de espíritu.

Lesiones simplemente graves.- El que, por alguna de las formas señaladas, lesiona a otro produciéndole "enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de treinta días recibe la pena prevista en el Art. 397 Nº 2, que es más severa, no solo en la medida sino también en la clase de pena, respecto a la prevista en el Art. 399 como regla general supletoria. En efecto, mientras las lesiones menos graves tienen una pena alterativa de relegación, presidio o multa, la pena de lesiones graves es solamente de presidio y un grado más alto en la escala correspondiente que aquélla.

Respecto a la voz enfermedad, es claro que no se restringe a las alteraciones de salud de origen traumático. Se comprenden, en general, todas las perturbaciones o anomalías que comprometen la capacidad funcional del individuo (alteración de la salud). Por cierto, la salud en su dimensión psíquica está también abarcada aquí y habría que convenir con la jurisprudencia española en que se daría esta clase de lesiones, por ejemplo, si los malos tratos, pese no haber ocasionado de modo directo contusiones, produjeron una conmoción moral que condujo a un trastorno mental transitorio.

Si la enfermedad es un proceso patológico y no un estado esto es, una sucesión de fenómenos, que importa a breve o largo plazo un desenlace, que puede ser la curación perfecta, la adaptación a nuevas condiciones de vida a la muerte), habría que excluir de la fórmula del Art. 397 Nº2 todos los casos en que, ausente la incapacidad para el trabajo, el detrimento en la salud consista en una alteración anatómica instantánea (por ejemplo, un bofetón que produce la caída de algún diente) Si se está al detrimento sufrido al que concluir que la pérdida es indeleble e irreversible y quedaría en el concepto de "más de treinta días". Si por el contrario se atiende al proceso de conduce a la curación, éste será normalmente de escasos días y en tal sentido las lesiones serían menos graves.

El problema no es complicado en los casos extremos, ya que probablemente podrán subsumirse en las figuras de mutilación o de lesiones gravísimas y aún en la incapacidad para el trabajo, como fórmula disyuntiva del Art. 397 Nº2. Pero un daño en la salud que no consista en mutilación ni en ninguno de los resultados de

Nº 11 del Art. 397 ni conlleve una incapacidad para el trabajo por más de treinta dí en el caso de que no consista en un proceso morboso (enfermedad), quedaría fuera de la hipótesis de lesión grave y sólo podría incriminarse por el título de lesiones m nos graves.

Esta solución aunque pueda conducir en la práctica a alguna desarmonía y hasta a alguna injusticia, tiene la virtud de obviar los absurdos a que llevaría una interpretación que haga de toda pérdida anatómica o funcional irreversible e instantánea, por insignificante que sea, una enfermedad por más de treinta días.

Labatut observa, con razón, que lesiones peligrosas para la vida pueden tener una recuperación rápida, por los progresos de la medicina o por las condiciones personales del paciente y, desde luego, a ello cabría añadir que puede darse un efecto instantáneo de mengua de la salud (por ejemplo, disminución de la capacidad visual), que no consista en una lesión gravísima, que no produzca incapacidad para el trabajo, que no es proceso morboso (enfermedad), pero que puede ser mucho más significativo en el plano de la salud que una disminución temporal, mayor de treinta días. enteramente recuperada.

Por incapacidad para el trabajo no hay que entender la aptitud abstracta para desempeñar cualquier función, sino aquella que la víctima desempeñaba; es incapacidad para el trabajo del lesionado, es decir, para su trabajo y no para toda actividad laboral.

Lesiones graves-gravísimas.- El Art. 397, Nº 1 impone una pena cercana a la del homicidio "si de resultas de las lesiones queda el ofendido demente, inútil para trabaj impotente, impedido de algún miembro importante o notablemente deforme".

a) Demente.- La voz demente que usa nuestra ley no es muy propia pa abarcar toda clase de enajenación mental desde un punto de vista estrictamente psiquiátrico, si bien el uso común y el léxico consienten un amplio alcance comprensiv no sólo del déficit mental, sino también del desorden mental.

Antes se dijo que este resultado, como los demás, que califican las lesiones, pueden ser efecto indirecto de la lesión. En consecuencia, si la perturbación mental es fruto del terror o extrema tensión emocional y no de los golpes mismos, no podría excluirse la lesión gravísima, siempre que pueda establecerse una relación entre el resultado y la acción desplegada por el sujeto con arreglo a los criterios de causalidad adecuada.

Se ha discutido, no sólo entre nosotros, sino también en todas las legislaciones en que la enajenación mental está prevista como resultado cualificant si es suficiente una simple perturbación mental transitoria. Parece evidente que no es necesario que la perturbación mental sea definitivamente incurable, aunque sólo fuera porque rara vez podría afirmarse categóricamente tal vaticinio. Pero, por otr parte, tampoco puede admitirse que una perturbación momentánea baste por sí misma. Lo razonable parece ser la posición de requerir una cierta duración, duración que por razones sistemáticas en nuestra ley debiera en todo caso exceder de 30 días, pero que tampoco puede encontrar su límite aquo en ese plazo. No se trata que por dur 31 días la perturbación pase a ser demencia en el Nº 1 del Art. 397. En tal caso, sólo se trataría de enfermedad en el sentido del Nº 2 del mismo precepto.

Lo decisivo es que la cierta duración sea lo suficientemente considerable como para significar, también en lo cuantitativo, un lapso trascendente en la vida de una persona normal. Es claro, que esta valoración que debe hacer el juez deberá ajustarse al criterio del hombre medio y no a las particulares característic

de la víctima, ni al significado o perjuicios u que ésta significó en concreto la primación de razón.

b) Inutilidad para el trabajo.- El Código Español alude expresamente a que el ofendido haya quedado "inutilizado para el trabajo a que hasta entonces se hubiere habitualmente dedicado", mención que no se contiene en el precepto chileno, lo que ha dado lugar a discusión.

Entre nosotros los tratadistas estiman que la fórmula "inútil para el trabajo" debe entenderse referida a cualquier actividad razonablemente posible. Etcheberry pone énfasis especial en la idea de la razonablemente posible. Sin embargo no se puede estar de acuerdo con la afirmación que "mientras más especializada haya sido la ocupación habitual de la víctima, más difícil es afirmar que podría dedicarse a otra por equivalencia". Todo al revés, nos parece que tal concepción lleva a las paradojas que denuncia Quintano a propósito de la absurda fórmula de la ley española: "pues una insignificante anquilosis de la falange de un dedo puede ser incorporada a esta categoría delictiva, en paridad con la pérdida de ojo o miembro principal, solamente porque el lesionado resultó ser un violinista al que tal ligera imperfección incapacita para su carrera". Lo normal en una persona del grado de instrucción de un eximio violinista en que sus posibilidades de trabajo no se agoten en la reducida esfera de la ejecución de conciertos y que, sea en la docencia, en la dirección orquestal, en la composición, en labores administrativas, etc., puede desempeñarse en forma satisfactoria. Lo que se opone a la idea de lo razonablemente posible es lo excepcionalmente posible, de tal manera que una parálisis que sólo permita la utilización de las extremidades inferiores no podría proponerse como un caso en que subsiste la capacidad, la aptitud para trabajar haciendo, por ejemplo, esterría de nimbre con los dedos de los pies. En consecuencia, el énfasis debe colocarse en la idea de que la inutilidad para el trabajo signifique una incapacidad para desempeñarse en todas aquellas labores comprendidas en la esfera que razonablemente pueda estimarse como de actividades afines.

Sobre el problema de la permanencia de este resultado, que no debe confundirse con su carácter absolutamente irreversible, que no es requerido, vid. supra a propósito de demencia.

c) Impotencia.- La impotencia coeundi y la generandi, cualquiera de ellas o ambas, en el hombre o en la mujer, constituyen el resultado cualificante del Nº 1 del Art. 397.

d) Impedido de algún miembro importante.- Respecto del concepto de miembro importante, el asunto ya fue tratado al comentar las mutilaciones, junto con lo cual se fijó el límite diferencial entre los tipos de los Arts. 396 y 397 Nº1

Hay consenso en la doctrina en estimar que el concepto de órgano está comprendido en el término legal de miembro, entendiendo como tal toda parte del cuerpo dotada de funciones propias. Más discutible sería lo referente a la pérdida de un sentido. Representando la voz sentido por esencia una función y no una parte del cuerpo, no es posible incluir aquélla en el vocablo miembro. Pero como la cesación en la función deja al órgano o miembro impedido de dicha, estimo que toda pérdida de sentido viene a consistir también, a fin de cuentas, en una impedición de un miembro. Lo mismo cabe decir en la hipótesis de afasia.

No es preciso que la impedición sea irreversible, pero sí duradera según antes se ha explicado.

e) Notablemente deforme.- No basta que se trate de huellas notorias y ni siquiera de algún relieve; es necesario que se produzca, bajo una valoración objetivo-subjetiva, un serio quebranto psíquico en el sujeto por sentimiento de la propia minusvalía unido a un estado que, normalmente, torne dificultuosa la vida social y de relación de la víctima. La consideración de la elevada pena asignada al delito y el carácter "catastrófico" de las demás calificantes deben ser una pauta necesaria para la valoración que en el caso concreto realice el juez.

Nuestra ley no circunscribe la hipótesis de deformidad al rostro no puede negarse que un golpe del que resultare un cuerpo contrahecho deberá encuadrarse en esta figura. Tampoco es necesario que la deformidad esté al alcance de ser vista por un público indeterminado. También lo serán aquellas que permanezcan usualmente ocultas por la vestimenta.

La posibilidad de corrección por medio de la cirugía plástica y aún la efectiva rehabilitación, no son decisivas para excluir esta calificante, salvo en lo que afecte dicha última hipótesis al carácter más o menos permanente de la deformidad.

El aspecto subjetivo en las lesiones graves.- El aspecto subjetivo en las lesiones graves debe ser enfocado de acuerdo al esquema siguiente:

a) Intención de sólo castigar físicamente (en su significación jurídica, dolo siquiera eventual de lesiones menos graves) y resultado de lesiones gravísimas, es igual a un delito preterintencional de lesiones gravísimas.

b) Intención de castigar "sin medir las consecuencias" (en su significación jurídica, dolo de lesiones simplemente graves y por lo menos eventual de lesiones gravísimas) y resultado de lesiones gravísimas, es igual a delito (doloso) de lesiones gravísimas.

c) Intención de causar lesiones gravísimas (dolo directo) y resultado de lesiones gravísimas es igual a delito (doloso) de lesiones gravísimas.

El tipo del artículo 398 C.P.- Establece que se aplicarán las penas del Art.397 "respectivamente al que causare a otro alguna lesión grave, ya sea administrándole a sabiendas sustancias o bebidas nocivas o abusando de su credulidad o flaqueza de espíritu". A sabiendas significa con conciencia de las lesiones que para la víctima puedan resultar. Abusar es usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de alguna cosa. De tal manera que quien hace mal uso de la situación en que existe una relación de dependencia psíquica (credulidad) o de superioridad psíquica (flaqueza de espíritu), realiza un abuso que conduce a la imputación objetiva de las lesiones que se causen o no se impidan (acción u omisión), sin que ello signifique afirmar todavía la imputación subjetiva del mismo resultado. En efecto, con respecto al resultado de lesiones, el sujeto podrá estar en dolo directo, dolo eventual o culpa. Por cierto, que si las consecuencias del abuso son totalmente imprevisibles, y se han debido a fuerza mayor, no se podrá atribuir subjetivamente el resultado sin incurrir en los excesos.

OTROS TIPOS

El tipo del Artículo 399 C.P. (Lesiones menos graves).- Señala este artículo que "las lesiones no comprendidas en los artículos precedentes se reputan menos graves y serán penadas con relegación a presidio menores en sus grados mínimos o con multa de ciento a mil pesos".

a) Desde el punto de vista de la acción y de los medios pueden proponerse dos posiciones. La posición dominante entre nosotros, según la cual, supuesto el resultado que se determina por exclusión, el tipo del Art. 399 solo admitiría a las acciones de herir, golpear o maltratar de obra. La de administrar sustancias o bebidas nocivas y de lesionar abusando de la credulidad o flaqueza de espíritu, estarían restringidas a las lesiones graves, y otras formas de atentado contra la salud individual que no consistan en las acciones de herir, golpear o maltratar de obra quedarían excluídas del tipo legal en comentario. Dice Etcheberry: "esta figura consiste simplemente en herir, golpear o maltratar de obra a otro, sin que se produzcan resultados constitutivos de lesiones graves y sin que concurran las circunstancias propias de las lesiones leves".

b) Otra posición.- Es la que sostiene que son lesiones menos graves las acciones de herir, golpear o maltratar de obra que produzcan enfermedad o incapacidad para el trabajo por un lapso no superior a 30 días, pero también cualquier otra acción y aún omisión, distintas de las acciones de herir golpear o maltratar de obra, cualquiera sea la entidad del resultado (daño en la salud).

Por lesión hay que entender, en rigor, un daño en la salud; pero el título de lesión grave o menos grave dependem sea de la entidad de dicho daño, sea del medio de perpetración.

c) El requisito negativo.- Queda por añadir un requisito negativo: que por la calidad de las personas y las circunstancias del hecho no sean consideradas leves, en concepto del Tribunal. Este sistema de diferenciación de las lesiones menos graves y de las leves ha sido impugnado como absurdo e injusto. Desconcierta a los médicos, que tienen su propio concepto de lesión leve y en mayor grado, si cabe, a los funcionarios de policía y de la administración de justicia.

d) Circunstancia agravante especial.- El Art. 401 establece una circunstancia agravante especial: " las lesiones menos graves inferidas a guardadores, sacerdotes, maestros o personas, constituídas en dignidad o autoridad pública, serán castigadas siempre con presidio o relegación menores en sus grados mínimos a medios".

Agravante general del Art. 400 C.P..- Se infiere de este precepto que existen dos circunstancias agravantes calificadas (en cuanto determinan una elevación en la escala penal), tanto para las lesiones graves, en sus dos formas; para las mutilaciones, también en todas sus variantes, cuanto para las lesiones menos graves : a) cometer el delito en contra de algunas de las personas señaladas en el Art. 390, es decir, aquellas cuyo vínculo especial con el hechor convierte el homicidio en parricidio; b) cometer el delito por premio o promesa remuneratoria, por medio de veneno, o con ensañamiento.

LESIONES LEVES (ART. 494 Nº 5)

Son tales, con arreglo al Art. 494, Nº 5, C.P., "las que, en concepto del tribunal, no se hallaren comprendidas en el Art. 399, atendida la calidad de las personas y circunstancias del hecho".

Es preciso formular algunas hipótesis en torno a las dos ideas la ley indica al juez para fundar su elección.

a) La calidad de las personas.- Según Etcheberry y, "este requisito podrá referirse al vínculo de parentesco que existe entre el hecho y la víctim

siempre que no sea algunos de los señalados en el Art. 390 (parricidio), ya que en
caso, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 400, las lesiones serán siempre menos
ves (y con agravante).

b) Las circunstancias del hecho.- Citaremos al respecto un caso
llado por la Corte de Santiago, en que las lesiones fueron consideradas menos grave
y no simplemente leves, pese a la escasa duración de la enfermedad y por haber acon
cido los hechos en un lugar público, originados en un motivo reprochable, unido ell
a la circunstancia de ser la víctima de sexo femenino y de una condición social que
hacía acreedora a consideraciones (1951, RD , XVIII - 74).

IV. EJERCICIO N° 4 (Autoevaluación)

Se ofrece a continuación una serie de aseveraciones que Ud. debe reconocer como Verdaderas (V) o Falsas (F), según el caso.

Marque en la línea de puntos las letras correspondientes. Si se decide por F, piense cuál sería la respuesta verdadera.

1. El estudio acucioso de las lesiones producidas a un sujeto pueden tener interpretación legal. .....

2. Para que las lesiones sean consideradas como delito es necesario que en ellas intervenga un sujeto activo y otro pasivo, al cual se haya ocasionado daño intencional por medios químicos, biológicos o mecánicos. .....

3. Las equímosis son producidas por traumatismos con objetos obtusos. Ellas siempre indican contusión. .....

4. Al describir las equímosis el médico legista debe referirse básicamente a la manera cómo se produjeron. .....

5. Frente a las fracturas, el Médico-Legal debe, fundamentalmente saber el factor y el mecanismo que las produjo. .....

6. La rigidez cadavérica a veces oculta fracturas, por lo tanto, en la autopsia se deben desprender la pleura parietal, el peritoneo y la duramadre ante la sospecha de este tipo de lesiones ya sea en el tórax, abdomen o cráneo.

7. Las erosiones o escoriaciones son signos evidentes de delito.

8. Para un informe Médico-Legal es importantísimo comprobar el diagnóstico, la localización, forma, tamaño y coloración de las erosiones o escoriaciones.

EJERCICIO N° 5

1. Señale tres diferencias entre erosión y escoriación.

2. Explique qué importancia puede tener la localización de escoriaciones para determinar el tipo de accidente o delito sufrido.

3. Mencione tres ejemplos de formas características que asume la escoriación según haya sido el tipo de elemento causante y su mecanismo de acción.

4. Enumere los aspectos principales que deben considerarse en la descripción detallada de;
   a) equímosis y
   b) escoriaciones

Recomendaciones acerca del trabajo práctico en el peritaje de Lesiones Médico Legales

Generalidades: Los lesionados que llegan al Servicio Médico Legal provienen de dos tipos de lugares, su casa o la vía pública. Los primeros son los más frecuentes (60-70%) y son los agredidos; los últimos son determinados por accidentes de tránsito y, estadísticamente presentan lesiones más graves que los primeros.

Las personas agredidas al acudir a Centros Asistenciales son interrogadas por los Carabineros de turno; queriéndolo o no, se estampa la denuncia y un juicio del crimen comienza. Si en el Servicio de Urgencia y Emergencia se hace un pronóstico de Lesiones graves, el lesionado es enviado a un Tribunal del Crimen de Mayor Cuantía; si el pronóstico es de menos grave son dirigidos a Tribunales de Menor Cuantía; por esto último, si las lesiones son leves son remitidos a Juzgados de Policía Local. Esto no es definitivo ya que en los Centros Asistenciales, los médicos trabajan con un criterio médico-quirúrgico y no médico-legal, lo que da origen a frecuentes discrepancias. Es entonces el médico legista quien realmente determinará el pronóstico de las lesiones

Es frecuente el siguente ejemplo: en el Servicio Médico Legal, el perito califica con el pronóstico de grave a un lesionado que a él ha sido remitido por un Juzgado de Policía Local con el pronóstico de leve dado por un Centro Asistencial. En esta circunstancia el Juez de Policía local se declara incompetente y remite el pleito al Tribunal correspondiente (esto hace perder tiempo y eficacia a los Tribunales y alarga los juicios)

En el peritaje médico legal de lesiones los antecedentes, los certificados médicos son de gran importancia. Las heridas, cualquiera sea su forma (cortante, contusa, punzante, incisopunzante, etc), llegan en demanda generalmente tratadas médico- quirúrgicamente: limpias, con sus bordes regularizados y suturados; por tal razón, en múltiples ocasiones, si no fuese por los antecedentes sería muy difícil diferenciarlas entre sí.

Es indispensable tener presente que recibe el pronóstico de grave toda herida, independientemente de su tamaño, pero que comprometa elementos tendíneos, vasculares, nerviosos, pliegues de flexo-extensión, zonas visibles de cara y manos y que produzca una deformación o amputación de un miembro menos importante o importante.

En todos los casos el perito debe actuar con suma frecuencia y criterio, máxime en todos aquellos casos en que le asista la duda razonable acerca de la resultante definitiva de la lesión; por ejemplo, herida en el rostro, de 7 cms., suturada, muy visible, sobre la cual al momento del examen, no sea posible pronunciarse acerca de su evolución exacta, la calificará generalmente de menos grave: con ello quedará a la espera de una ampliacción del informe, en él se le pedirá examinar nuevamente al lesionado y si en esta posterior observación se comprueba una deformación visible grave la lesión recibirá el pronóstico de grave.

1) Lesiones por Agentes Mecánicos

A) Lesiones por armas contundentes propiamente tales.-

1.- Contusión o lesiones contusas propiamente tales.- Generalmente son de escasa cuantía, por lo tanto se califican de leves y, no tienen tiempo de incapacidad; sin embargo, circunstancias especiales que concurren a algunas leves, hacen que deba concedérseles tiempo de incapacidad, por ejemplo, equímosis leves ubicadas en zonas visibles en sujetos que se desempeñan como oficinistas, en labores diversas de atención a público, etc. (En el caso de una dueña de casa con análogas lesiones no se da tiempo de incapacidad)

Las equímosis subconjuntivales pequeñas (por convención aquellas que abarcan menos de la mitad de la conjuntiva ocular) se clasifican como leves; en tanto que si son mayores se diagnostican como medianamente graves, esto debido a que implican un compromiso de globo ocular que solo puede ser determinado en forma

precisa por un oftalmólogo y sus particulares elementos instrumentales.

Las equimosis extensas, que abarcan gran superficie corporal, especialmente en niños y en personas de edad avanzada, determinan o no cuadro anémico, se califican de mediana gravedad.

Hematoma.- Generalmente son pequeños, en consecuencia, se estipulan como leves. A los leves ubicados en cara, manos, zonas de flexoextensión se les dá tiempo de incapacidad; habitualmente en estos casos particulares se homologa el tiempo de curación al tiempo de incapacidad (menos de 15 días)

Dependiendo de su intensidad se califican de menos graves, los hematomas ubicados en regiones palpebrales oculares, zonas de flexión o de extensión (muñeca tobillo, codo, hueco popliteo) y, los diseccantes. Los palpebrales oculares representan peligro potencial de compromiso de globo ocular, ordinariamente se acompañan de conjuntivitis y de hemorragia subconjuntival importante. Los hematomas severos ubicados en áreas de flexo-extensión determinan habitualmente incapacidad mayor de 15 días, hay contusión de tendones, de vainas tendíneas y a veces hemartrosis; el peligro radica generalmente en los resultados de la organización de la extravasación sanguínea. Los hematomas voluminosos periarticulares requieren inmovilización (yeso). Los diseccantes, dependiendo de su cuantía deben vaciarse quirúrgicamente, por ejemplo, los del muslo, de región glútea.

Contusiones viscerales. Debido a que generalmente no se visualizan o palpan el perito sólo debe pronunciarse sobre ellas cuando el paciente trae algún comprobante de dicho diagnóstico (comprobante de posta, carnet de alta, certificado médico, radiografía, examenes de laboratorio)

En general se trata de lesiones menos graves y dentro de estas lesiones pueden incluirse los traumatismos craneoencefálicos cuando han sido comprobados en una primera atención (posta, hospital); otro ejemplo son los casos que se presentan con hematuria post-contusión.

2) Heridas Contusas

Las erosiones y las escoriaciones. Son leves, pero cuando son muy extensas o comprometen zonas visibles (cara, manos) o de flexo-extensión, calificándose de leves requieren tiempo de incapacidad (menos de 15 días) ya que incapacitan a la persona para desenvolverse en su trabajo habitual. Por ejemplo, escoriaciones de hueco poplíteo, muñeca, tobillo deben mantenerse en reposo relativo a fin de que, evitándose el peligro de la infección, de la formación de grietas, pueda obtenerse su curación en buena forma.

Herida contusa propiamente tal. Generalmente las heridas contusas propiamente tales pequeñas, sin signos de infección y que no se encuentran ubicadas en zonas especiales como por cara, manos, zonas de pliegue de flexión o extensión se califican de leves. Por el contrario se estipulan como graves aquellas heridas contusas propiamente tales de tamaño importante, o por el contrario pequeñas, porque comprometen pliegues de cara, regiones palpebrales, labiales, orificios nasales, manos, pliegues de flexo-extensión, paquete vasculonervioso o dejan al descubierto tejido óseo; se consideran graves en el sentido de que en dichas zonas la lesión generalmente deja cicatriz notoriamente visible y/o deformante, pero, son moderadamente graves si no las dejan (En la práctica si llegan precozmente y con tratamiento médico adecuado, se diagnostican como Medianamente Graves, a la espera de una appliación: si a determinado plazo de apreciar cicatrices notoriamente visibles y/o deformantes recibirán el dictamen de graves)

Son graves también las cicatrices notoriamente visibles y/o deformantes ubicadas en otras zonas del cuerpo, aparte de las señaladas, que por el trabajo que la persona desempeña puedan quedar al descubierto.

Las heridas contusas infectadas se califican de menos graves por el tiempo de curación que habitualmente es mayor de quince días y, por la mala calidad de la cicatríz que generalmente dejan (las heridas contusas resultado de mordeduras caninas se consideren siempre infectadas)

Heridas contusas complejas en tejidos duros (Frácturas y equimosis ósea traumática)

Las fracturas, cualquiera que sea su ubicación, se consideran de carácter grave, pero existen algunas excepciones: la fractura de los huesos propios de la naríz, de malar, se califican de menos graves, porque consolidan rápidamente; esto es válido en los casos en que no existió desplazamiento y no fue necesaria una maniobra de reducción, en caso contrario, se rotulan graves. Con máxima razón se estipulan graves las fracturas expuestas ya que implican infección ósea y, también aquéllas que se acompañan de lesión vascular (principalmente arterial) y de tejido nervioso.

En cuanto a las fracturas dentarias se ha postulado lo siguente:
a) fractura dentaria y/o avulsión de la pieza puede considerarse incluso leve, cuando la persona es parcialmente edentada, con mala dentadura, además un sujeto de edad avanzada, en tal caso se consideraría que la cicatriz de la encía se lograría en menos de quince días; b) menos grave o grave cuando se trata de una persona con su dentadura completa y en buen estado, y tomando en consideración la ubicación y el número de las piezas comprometidas, por ejemplo dentadura completa, en buen estado, en persona joven, fractura de las piezas Nº 8 y Nº 9= pronóstico grave.

En cuanto a las subluxaciones dentarias se opina que estas serían de carácter grave dado el tiempo de inmovilización con amarre (asas de alambre).

Las equimosis óseas traumáticas pueden ser consideradas como rasgos de fractura (menos graves?)

En aquellos casos en que la persona acude con antecedentes de fracturas de antebrazo, por ejemplo, a los 25 días obien se presenta con los mismos antecedentes y con inmovilización mediante yeso, el perito debe solicitar antecedentes clínico-radiológicos al servicio correspondiente, sin pronunciarse acerca de la gravedad. Es importante considerar que en el caso particular de fracturas costales, tipo de lesión que no requiere el empleo del yeso, es muy dificíl determinar clínica e incluso radiológicamente su antiguedad dentro de la primera semana; el perito en estos casos corre el peligro de ser sorprendido por el lesionado que afirme una data reciente.

Las luxaciones y las subluxaciones generalmente son graves por el tiempo de inmovilización y el tiempo de rehabilitación que ordinariamente es mayor de treinta días.

Las esguinces se rotulan de menos graves, implican ruptura parcial de ligamentos y deben inmovilizarse.

B) Lesiones por armas de fuego (heridas de bala)

Los casos más frecuentes están dados por heridas producto de armas cortas y escopetas. Generalmente los lesionados acuden precozmente después de haber recibido tratamiento en algún centro asistencial, por lo que las lesiones se visualizan como heridas contusas con o sin sutura; los casos que concurren más tardíamente ingresan en etapa de cicatriz con o sin signos de sutura (Estas dos situaciones son también las que presentan en los casos de herida punzante con o sin transfixión, por arma blanca). En ambos casos el perito debe utilizar los antecedentes aportados por el centro asistencial que dió la primera atención.

Los casos más frecuentes en las extremidades son las heridas transfixiantes, por ejemplo de muslo, con salida de proyectil y que comprometen tejidos blandos (celular subcutáneo, aponeurosis, músculo) con indemnidad de paquetes vásculonerviosos, tejido tendinoso, tejido óseo y articular; estas lesiones se rotulan de menos graves y no de leves porque el proyectil es un cuerpo extraño que se estima no estéril y, porque cicatrizan en menos de treinta días. En este mismo caso del muslo, cuando no hay salida de proyectil, la lesión se estima grave? debido a que será necesario practicar la extracción quirúrgica con lo cual el tiempo de curación y de incapacidad se prolonga.

Sila lesión es penetrante a cavidad, aunque no sea complicada, tenga o no salida de proyectil, es grave, aunque sane, por ejemplo, en 14-16 días; es grave por las severas repercusiones que pudiera tener (peritonitis, etc).

Cuando hay compromiso de vísceras habría que realizar una intervención quirúrgica (ej: resección de pulmón, asa de intestino, segmento de riñon): la lesión es grave. También son graves aquellas heridas de bala que comprometen paquete vasculonervioso, tejido tendínoso, óseo y articular; estos compromisos demandan un tratamiento prolongado, mayor de treinta días, con rehabilitación y otros, pudiendo quedar incluso secuelas importantes.

Herida a bala leve es aquella en que el proyectil no penetra y produce solo una herida superficial de la piel, quedando su pronóstico determinado por el tipo de herida que produjo. Este tipo de lesión es muy poco frecuente.

C) Lesiones por armas cortantes y punzantes

1.- Herida cortante.- Se rotulan de leves aquellas pequeñas, no infectadas, que no se encuentran en zonas visibles (mano, cara, por ejemplo), con indemnidad de pliegues de flexo-extensión, elementos tendíneos, vasculares especialmente arteriales) y nerviosos. En el caso opuesto la herida cortante recibe el pronóstico de menos grave o grave; por ejemplo, herida cortante ubicada en zona visible, cara con una longitud de más de 4 cms. (longitud aprobada convencionalmente) se estima menos grave o grave; si se encuentra cerca de zona pilosa pudiendo ser cubierta por ésta se califica como de menos grave y, grave en el caso que se ubique en un área muy visible del rostro tomando en consideración si deja o dejará una cicatríz deformante.

Otro ejemplo de pronóstico grave es una herida cortante a nivel de la muñeca con sección del nervio radial, aunque la herida sea de 1 cm. o menos, ya que compromete la sensibilidad y motilidad de la mano; lo mismo es válido para la sección de la arteria radial a ese nivel ya que se altera la irrigación de la mano. La sección de un tendón o de un ligamento articular, así, como la abertura de una cápsula son de pronóstico grave ya que se compromete según el caso el funcionamiento de un dedo, muñeca, rodilla, etc (estas mismas consideraciones son válidas para heridas cortantes, incisopunzantes, etc)

2.- Heridas incisopunzantes.- Generalmente vienen limpias, regularizadas y suturadas, por lo cual, sino traen el antecedente de la primera atención es muy difícil diferenciarlas de una herida cortante, e incluso contusa, tratada.

3.- Heridas punzantes.- Al igual que las heridas por armas de fuego penetrantes, las punzantes por ejemplo de muslo, pueden ser consideradas como menos graves por tratarse el arma blanca de un instrumento no aséptico que implican potencialmente proceso infeccioso. Al igual que las cortantes el elemento asociado de compromiso de pliegues de flexoextensión, de zonas visibles, elementos tendíneos, vasculares, nerviosos las configura como lesiones de pronóstico grave.

Cuando las heridas punzantes penetran a cavidades (tórax, abdomen, articulación, etc) no se considera el tiempo de curación sino la grave consecuencia que este daño pudo tener para el individuo. Ejemplo: Herida penetrante abdominal no complicada que cicatriza en 8 a 10 días es considerada de carácter grave y no leve, en consideración, a las complicaciones y riesgos (peritonitis, ruptura de vísceras, hernia, etc)

2) Lesiones por agentes físico-químico
(Quemaduras; heridas por quemaduras)

Las quemaduras, si bien son el producto de una muy variada etiología (calor, frío, electricidad, etc) tienen un substrato anatomo-patológico común; de acuerdo a este y a la clínica se clasifican de la siguente manera: Primer grado "Eritema", Segundo grado superficial "Flictena", Segundo Grado profundo, compromiso incluso del folículo piloso, Tercer grado " Escara"

Las quemaduras, cualquiera que sea su grado [illegible] ficante, puntiformes por ejemplo, [illegible] cuencia se calificarán de leves. Estas mismas recibirán el pronóstico de menos [illegible] se ubicar en una zona visible dejando una cicatriz notoriamente deformante, por ejemplo, quemadura puntiforme deformante, en párpado; el mismo calificativo reciben las que comprometen un nervio, arteria, elemento tendíneo o articular; en estos últimos casos del informe de lesiones, la ampliación dará en definitiva el pronóstico de grave a la vista de las secuelas (ej: quemadura puntiforme de tercer grado sobre tendón flexor del pulgar de la mano derecha con fibrosis retráctil y pérdida parcial de la flexoextensión de dicho dedo.

Para la quemadura de primer grado el pronóstico es leve, aun cuando sea tan extensa que incluso requiera hidratación especial. La de segundo grado superficial ordinariamente es considerada leve, en cambio cuando son extensas, cuando se ubican en zonas especiales (áreas de flexoextensión, codo, rodilla, muñeca, cuello), cara, mano, pies, se califican de menos graves ya que dejarán una cicatriz, con una coloración muy visible o limitarán la movilidad de un miembro más allá de los 15 días.

Las quemaduras de segundo grado profundo son Graves ya que gran parte de la zona afectada cicatrizará en base a injertos que dejan cicatrices visibles y notoriamente visibles, tanto en la zona dadora como en la injertada.

La quemadura de tercer grado siempre es de pronóstico grave.

Consideraciones acerca del peritaje de lesiones en el T.E.C.

Los traumatismos cráneoencefálicos proceden de las siguentes causas:

1.- Caída ("de su propia altura", "de un lugar elevado")

2.- Aplastamiento (por accidente de tránsito, derrumbe de muralla)

3.- Por acción de armas (armas de fuego, armas naturales, etc)

Como es sabido, cuando se trata de atropello de un ciclista o de un peatón el accidente se descompone en tres o cuatro tiempos ofases: a) choque; b) caída o la proyección del cuerpo sobre una superficie contundente; c) aplastamiento del cuerpo sobre dos superficies, la rueda y el suelo; d) el arrastre. Estas dos últimas fases del accidente a menudo faltan.

Indiscutiblemente el T.E.C. más frecuente es el causado por los accidentes de tránsito. La distribución de las lesiones en dichos accidentes es la siguente: 62% en la cabeza (T.E.C. es corriente); 3% en cuello; 24-25% en tórax y abdomen. El mayor número de los T.E.C. está dado por la categoría de los no complicados, de carácter leve o mediano, o sea, de aquellos que solo requieren de buenos cuídados de enfermería y algunas medidas terapeúticas de tipo sintomático. Un menor número de los lesionados corresponde a los casos graves, de los cuales hay unos pocos cuyas lesiones son mortales y fallecen en el momento mismo del accidente sin que se les pueda ofrecer ayuda terapeútica. Por último se dan aunque en pequeño número, los graves llamados T.E.C. complicados, en especial los de tipo abierto; estos ingresan en los servicios de Neurocirugía.

Las lesiones cráneoencefálicas se clasifican frecuentemente de acuerdo a la naturaleza de la lesión del cráneo; aunque el pronóstico para la recuperación depende principalmente de la gravedad del daño encefálico. Los traumatismos cráneoencefálicos desde el punto de vista clínico, considerando el tiempo de compromiso de conciencia y el compromiso neurológico, se clasifican en: lesiones leves, que se caracterizan por perdida breve de la conciencia (segundos a minutos), sin cambios neurológicos demostrable; lesiones moderadas, aquéllascon períodos de inconciencia más o menos largos (horas) y acompañadas a menudo de edema cerebral y

contusión.

Las lesiones <u>severas</u> causan inconciencia prolongada por días o semanas y signos neurológicos anormales acompañandose a menudo de contusión y/o laceración.

<u>Clasificación y pronóstico médico legal</u>.- Para establecer el pronóstico médico legal del T.E.C. es útil basarse en la siguente clasificación (neuroquirúrgica)

I Traumatismo Encefalo craneano agudo:

- T.E.C. No complicado
  - Contusión cerebral
    - Leve= Menos grave
    - Moderado= Grave
    - Severo= Grave
  - Rasgo simple de fractura de cráneo= Grave
- T.E.C. Complicado
  - Compresión cerebral por fractura hundida=Grave
  - Hematoma intracraneano: Extradural, Subdural, Subaracnoídeo, Intracerebral — Grave
- T.E.C. Abierto
  - Fractura del cráneo
    - Con o sin salida del L.C.R.= Grave
    - Exprición y/o salida de masa cerebral = Grave
  - Contusión y/o laceración cerebral = Grave
  - Herida de bala (con penetración dural) = Grave
- Complicaciones mediatas
  - Hematoma intracraneano = Grave
  - Infección meningoencefálica = Grave

II Secuelas del T.E.C:

1.- Hematoma subdural crónico

2.- Parálisis de los nervios craneales más frecuentes
- Olfatorio(anosmia) G.
- Facial (parálisis) G.
- Auditivo(sordera) G.
- Optico(atrofía) G.

3.- Sindrome post-traumático: Este es más común después de lesiones serias de la cabeza pero también puede ser producido por lesiones relativamente menores. Consiste en cefalea, vértigo, fatigabilidad fácil, defectos de la memoria y menoscabo de la capacidad para concentrarse. Todos estos síntomas se agravan con el ejercicio, los cambios de postura, la exposición o al calor y la ingestión de alcohol. La valoración de estos síntomas requiere de métodos psicométricos, de neurólogo o neurocirujano; el médico legista al no contar con estos medios y enfrentado a la sospecha de esta lesión (certificados de hospital, antecedentes claros de T.E.C.), la califica de menos graves; este pronóstico puede ser modificado y adquirir en definitiva el calificativo de grave cuando el especialista, neurólogo o neurocirujano, se pronuncia categóricamente sobre la existencia de esta secuela.

/.- Epilepsia post-traumática. Grave.

Como puede verse de acuerdo a las generalidades, en la práctica un gran número de T.E.C. quedan encubiertos como lesiones de cuero cabelludo, hematomas, etc. y quedan informados como lesiones leves, ya que no existen antecedentes de T.E.C. y el examen neurológico es normal.

En la práctica aparte de los T.E.C. complicados, el perito es llamado a pronunciarse en las siguentes situaciones: el sujeto acude relatando lesión en el cráneo con pérdida de conocimiento y,

a) Trae certificado o comprobante de atención con diagnóstico de T.E.C. y el exámen neurológico es anormal (Se califica de grave y se solicitan mayores antecedentes al Servicio de Urgencia o hospital donde recibió atención médica)

b) Trae certificado o comprobante de atención con diagnóstico de T.E.C. y el examen neurológico actual es normal (Se califica de menos grave y también se solicitan antecedentes)

c) No trae certificado ni comprobante de atención y el examen neurológico y general es normal. En este caso se informa de la siguente manera: Conclusiones " Actualmente no presenta lesiones externas y el examen neurológico es normal"

d) No trae certificado ni comprobante de atención pero el examen neurológico es anormal. En este caso deben solicitarse antecedentes.

Los casos en que el T.E.C. ha sido comprobado después de colocar las conclusiones se agrega a continuación, para resguardarse de las posibles complicaciones tardías la siguente frase: " En los casos en que ha existido un T.E.C. las complicaciones pueden presentarse aún después de varios meses de ocurrido el accidente".

Del gran volumen de T.E.C. que acuden a peritaje, solo un pequeño número de ellos son calificados con pronóstico menos grave o grave. En esto influyen probablemente ciertas deficiencias de diagnóstico y por lo tanto de información de los Servicios de Urgencia.

Antes de finalizar este capítulo de clínica médico legal consideramos de suma utilidad recordar el punto de vista de la Patología Morfológica respecto de los traumatismos del S.N.C. La visión clínica, neuroquirúrgica y anatomopatológica ayudarán a obtener un juicio más aproximado del problema.

TRAUMATISMOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Desde el punto de vista anatomo-patológico en la suerte de todo traumatismo del sistema nervioso central lo más importante es la circunstancia de si los centros nerviosos están en contacto con el exterior o no. De aquí la división de lesiones cerradas y abiertas que ofrece la P. Morfológica.

1.- En las lesiones cerradas no hay herida de la duramadre, la haya o no de los Huesos del cráneo.

Entre las lesiones más ligeras de este grupo tenemos la conmoción cerebral. Aparece bajo la acción de los traumatismos romos que actúan sobre el cráneo, y conduce a una característica pérdida de la memoria que alcanza a un cierto lapso de tiempo anterior al de la acción traumática (amnesia retrógrada). En los casos puros es negativo el hallazgo anatómico e histológico, por lo cual hemos de aceptar que existe una "alteración molecular", las acciones mecánicas podrían provocar el paso del estado de Gel al de Sol en un sistema coloíde, si bien al abandonar el sistema a sí mismo puede volver de nuevo al estado de Gel. Se piensa, en primer lugar, en un transtorno de la circulación capilar, conducente a una hipo o una anoxemia temporal. En tal sentido depone el hecho de que el cuadro clínico de la conmoción sea casi idéntico al que se observa en los suicidios frustrados por

ahorcamiento. Las hemorragias (hemorragias de Duret) que se encuentran a veces alrededor del cuarto ventrículo, en las conmociones cerebrales serían, según esto, menos la causa de la pérdida del conocimiento que la consecuencia de un transtorno capilar de tal naturaleza.

Cuando actúan agentes traumatizantes romos, encuentránse a menudo lesiones de la parte superficial de la corteza en el punto opuesto a aquel en que ha actuado el agente; se atribuyeron a un choque del cerebro en la cara interna del cráneo por lo cual se han llamado "focos corticales de rebote". También se dice, en el mismo sentido, que la causa es un contragolpe. Pero las medidas manométricas hace más verosímil pensar que no hay tal contragolpe, sino más bien lo contrario, que la causa de las lesiones es una aspiración o "resaca" en estos puntos.

Así vemos, por ejemplo, que cuando el traumatismo afecta a la región frontal aparecen los focos de contragolpe en el polo posterior de los hemisferios cerebrales, y a la inversa. Trátase de pequeños focos de desintegración hemorrágica en la cúspide de las circunvoluciones cerebrales, que curan exactamente igual que los focos de reblandecimiento rojo, dejando tras de sí un defecto mayor o menor según la extensión de las lesiones primarias. Como quiera que las cicatrices que se forman aparecen teñidas en amarillo por el pigmento sanguíneo, reciben también el nombre de " placas amarillas.

En casos de traumatismos intensos puede quedar lesionado o magullado en gran extensión el cerebro a nivel del punto de actuación del trauma. También aquí corresponde el cuadro anatómico y el curso ulterior del proceso a lo que se sabe de reblandecimiento rojo o "encefalomalacia roja" (cicatrices gliales, quistes por reblandecimiento).

Los focos de contragolpe y los magullamientos de la masa encefálica en A.P. han sido reunidos bajo el nombre de contusión (Contusio.lat, magullamiento)

2.- Mientras que en las lesiones cubiertas el S.N.C. queda protegido de la penetración de los gérmenes patógenos, en las heridas abiertas existe siempre el peligro de infección. Las heridas del cerebro se comportan a este respecto lo mismo que las heridas abiertas de cualquier otro órgano. La infección sobrevendrá con especial facilidad cuando por la acción traumática se han producido extensas fragmentaciones o magullamientos del tejido cerebral, pues en tal caso las bacterias encuentran un terreno adecuado para su desarrollo. Las heridas por armas de fuego son las más apropiadas para estudiar el cuadro y la evolución de una herida abierta cerebral. El proyectil que ha perforado con su enorme violencia el hueso y la masa encefálica, no produce forzosamente una conmoción cerebral ni la pérdida del conocimiento ligada a ésta última(¡soldados que siguen luchando y hablando con una herida por arma de fuego en el cráneo)No es infrecuente que la pérdida de conocimiento sobrevenga más tarde, cuando, a consecuencia de la herida, se desarrolla una tumefacción cerebral. Ya se comprende que el proyectil destruye, en su trayecto la sustancia cerebral,dejando un conducto lleno de detritos hísticos, cuyo calibre guarda relación con el tamaño del propio proyectil. Alrededor de las paredes de este conducto existe una "zona de contusión que aparece sembrada de numerosas hemorragias de diapédesis. Esta zona se reblandece ulteriormente. Reaccionando ante la lesión, los tejidos comienzan muy pronto proliferar: ya precozmente se adhiere la duramadre a las meniges blandas a nivel del orificio de perforación del proyectil, evitándose así, en cierta medida la penetración de los gérmenes en el espacio subdural y en el subaracnoídeo. En la masa encefálica misma el tejido conectivo vascular prolifera alrededor del conducto labrado por el proyectil, aislando así el contenido necrosado e infectado del conducto. Si las condiciones son favorables, puede cerrarse el conducto y transformarse al final en una cicatríz, gracias a la transformación del tejido inflamatorio de granulación.

Pero si las condiciones son desfavorables, se mantienen los gérmenes piógenos en [illegible] Existe además el peligro de que los agentes piogógenos logren atravesar la valla del tejido de granulación y pasen a la sustancia cerebral, complicación que se observa con frecuencia en la [illegible] espinal. Se desarrolla entonces una encefalitis que por la fusión consecutiva de [illegible] puede originar la perforación del sistema ventricular. Desde este último se produce entonces una inflamación de la leptomeninge (meningitis) o del espacio subaracnoídeo, complicación mucho más frecuente que la infección a partir de la herida meníngea primaria. A consecuencia del aumento de volumen por el edema (tóxico), se desplaza la masa cerebral hacia los lugares en que encuentra una menor resistencia, haciéndolo especialmente hacia fuera, a través de la abertura de la herida originada por el traumatismo. De esta manera se desarrolla un Prolapso Cerebral

Mediante la terapeútica adecuada (trat. del schock, respiración artificial etc.), se consigue hoy salvar a los traumatizados con las más graves heridas cerebrales cubiertas. Pero en tales casos es frecuente que no se logre una reposición satisfactoria, sino que entre otras secuelas, se establezca el llamado " Sindrome apálido" (a, prefijo negativo; pallium, lat, manto; se refiere a la corteza cerebral), que dura meses y años y en el que se observan somnolencia, rigidez de descerebración y transtornos extrapiramidales. En la génesis de este cuadro hay que tener encuenta menos la lesión traumática inmediata del cerebro, que los transtornos circulatorios consecutivos con reblandecimientos de la corteza, necrosis de lo núcleos de la base y edema de la sustancia blanca.

Otros Peritajes en Clínica Médico Legal

Además del informe de lesiones, el perito clínico médico legal le corresponde en ocasiones, efectuar:

a) Determinación de la edad fisiológica
b) Medidas antropométricas.
c) Descripción con fines de individualización de personas y
d) Informe de capacidad de trabajo

Nota: Los peritajes psiquiátricos son complejos y requieren de un especialista psiquiatra forense; análoga situación se presenta en muchísimos casos de Ginecología-Obstetricia Forense. Los peritajes de impotencia y otros similares son informados con la presencia del psiquiatra forense. Las lesiones que se observan en denuncias de violaciones, sodomía, abusos deshonestos son informados por el ginecólogo-obstetra forense quien describe el tipo de lesiones genitales y/o anales sin pronunciarse sobre el pronóstico médico legal, incapacidad ni tiempo de curación; el ginecologo obstetra forense solamente debe pronunciarse acerca de si los hallazgos son o no compatibles con el delito imputado; además debe informar de todas aquellas lesiones extragenitales que pudiesen acompañar a la victima, para estas últimas debe establecer pronóstico, tiempo de incapacidad, etc. En el caso de pacientes violadas que son trasladadas al hospital, por la gravedad de sus lesiones (por ejemplo, desgarro de fondo de saco vaginal), perito describe la lesión, el tiempo que demorara en sanar, pero no da el tiempo de incapacidad (no se lo solicita el juez)

I) Determinación de edad fisiológica.- Este informe lo solicita el Tribunal en los siguientes casos:

1.- Menores de edad que no tienen partida de nacimiento (niños vagos y niños no inscritos en el Registro Civil).

2.- Personas que disimulan su edad, por ejemplo, delincuentes "jóvenes" que desean ser juzgados como menores de edad.

3.- Personas mayores de edad a) Sin partida de nacimiento ubicable; b) Con documentos tales como certificado

parroquial de nacimiento y carnet de identidad pero ambos con evidentes discordancias de fecha (Ejemplo: campesino de edad "avanzada" que nace en Chiloé continental y que solo a los 5 años de edad es inscrito como recién nacido en otro punto geográfico del país). Ordinariamente estos casos se presentan cuando se demandan beneficios sociales tales como acogerse a jubilación, reconocimiento de calidad de carga familiar y otros.

c) Ancianos abandonados, sin ningún tipo de documentación, que por ejemplo necesitan ser acogidos a un Asilo Especial.

La determinación de la edad fisiológica se realiza mediante: anamnesis, el examen físico y exámenes de laboratorio.

<u>En los menores de edad</u> la apreciación del perito se apoya en los siguentes exámenes: a) <u>Erupción dentaria</u>:

- A los 6 meses erupción de incisivos centrales inferiores
- A los 7 meses presencia de los incisivos superiores.
- A los 8 meses erupción de los incisivos laterales inferiores
- A los 9 meses los incisivos laterales superiores
- A los 10 meses los primeros molares inferiores
- A los 12 meses los primeros molares superiores; luego los caninos inferiores y los superiores, terminando la erupción de las piezas temporales a los 2- o 2 1/2 años de edad.

La erupción de la dentadura definitiva contempla el siguente esquema:

- A los 6 años erupción de los dos primeros molares
- A los 12 años erupción de los segundos molares.
- A los 18 años erupción de los terceros molares

- A los 7 años erupcionan los incisivos centrales
- A los 8 años erupcionan los incisivos laterales (los inferiores preceden a los superiores)
- A los 9 años erupcionan los primeros premolares.
- A los 10.5 años erupcionan los segundos premolares.
- A los 10-13 años erupcionan los caninos.
- En síntesis: a los 10 meses los niños tienen 4 dientes; a los 12 meses, 6; a los 14 meses, 8; a los 16 meses, 10; a los 18 meses, 12; a los 20 meses, 14; a los 22 meses, 16; a los 24 meses, 18; a los 26 meses, 20. De tres a cinco años se cuentan 20 dientes; de seis a once años, 24; de doce a diecisiete años, 28, a partir de 18 años, 28 a 32 dientes.
- El esquema dado varía, dentro de ciertos límites, en relación con los factores de los que depende el crecimiento y desarrollo humano, nutrición, etc.)

<u>Nota:</u> Terminada la erupción, la edad puede calcularse aproximadamente por el desgaste o abrasión, por ejemplo, los incisivos centrales que por embriología sabemos se forman por tres lóbulos que se fusionan, puede apreciarse la lobulación entre los siete y diez años, tiempo después se borra apareciendo el borde cortante homogéneo.

b) <u>Rx para</u> determinación de edad ósea; ella tiene un margen de aproximadamente 20% de variación con respecto a la edad fisiológica. Se toman Rx de carpo de mano izquierda y el informe se basa en la osificación de los huesos del carpo y epífisis distales de radio y cúbito (se utilizan como etalones datos franceses y anglosajones)

c) Tablas de Tanner. Se usan en los adolescentes e ilustran acerca del grado de maduración sexual, al determinar caracteres morfológicos tales como desarrollo testicular, vello pubiano, desarrollo mamario, etc.

En conjunto los exámenes y las observaciones clínicas permiten establecer una edad fisiológica aproximada en los menores de 17 años.

El problema es determinar la edad de 18 años, dato importante además para ayudar a establecer la jurisdicción del Tribunal donde se llevará la causa (Los delitos que cometen los menores de 18 años son juzgados por los Tribunales de Menores; de los 18 años cumplidos hacia adelante corresponden a los Tribunales de Mayor Cuantía). Entre los 17 y los 18 años ha concluído la osificación de los huesos del carpo y un elemento que ayuda al perito es la erupción del tercer molar ya que éste, habitualmente, aparece a partir de los 18 años cumplidos.

Otros datos que ayudan a establecer la edad entre los 17 años y el término de la osificación (21-23 años) son la radiografía de la cresta ilíaca y la de costillas y vértebras; (la osificación de la cresta ilíaca o "línea de Risser" se inicia a partir de los 17 años para terminar, ordinariamente alrededor de los 21 años; la osificación del extremo dorsal de las costillas y de las epífisis vertebrales se inicia y termina, aproximadamente a 1-2 años después de los límites dados para la cresta ilíaca. Ambas evaluaciones radiográficas son de un valor relativo ya que a la fecha no existen tablas reconocidas)

En los mayores de 23 años, fecha estimada, término del crecimiento, la determinación de la edad ofrece menos exactitud y descansa en la impresión de conjunto. Se toman en consideración los siguentes antecedentes:

a) Las arrugas cervicales (2) aparecen a los 18 años y alrededor de los 40 llegan a la nuca. Las arrugas en general, aparecen a los 36 años, pero este dato es muy variable.

b) La canicie aparece primero en las regiones temporales a partir de los 35 años, pero esto es también muy variable.

La canicie del vello pubiano aparece entre los 50-55 años; entre los 45 y 50 años aparece pilosidad en la cara interna del trago y, los pelos de las fosas nasales y las cejas se hacen más abundantes y más largos.

c) La presencia inconstante del arco senil de las córneas indica, habitualmente, que se trata de una persona mayor de 60 años de edad.

d) La piel con manchas pigmentadas, seca y adelgazada, al igual que la osificación de los cartílagos laríngeos nos indican una edad sobre los 60 años.

- En la determinación de la edad, además de la abrasión, es interesante ver el grado de atrofia alveolar, que generalmente se presenta sobre los 40 años, en grado mínimo, medio alrededor de los 50 para hacerse avanzada sobre los 60 años. En el edentado antiguo, la articulación témporo-mandibular, presenta atrofía, el cóndilo se aplana, el cartílago interarticular se adelgaza para finalmente desaparecer. En el caso de peritajes, además del examen directo, puede ayudar la toma de radiografías.

Pese a que estos índices ofrecen tantas variaciones, al Tribunal se le debe informar (por convención) una edad fisiológica aproximada, en los adultos, con un margen de no más de tres años.

II) Informe antropométrico.- En algunas ocasiones los Tribunales de Justicia solicita al perito que establezca lasmedidas antropométricas de una persona determinada. El informe debe contener las longitudes somáticas: talla, peso, brazos en cruz, y otros tales como circunferencias craneanas, longitud del pie, de dedos de manos.

III) Informe o peritaje de descripción de características individuales.- este tipo de solicitud aporta al Tribunal datos para la identificación de una persona y consiste en describir:

a) Señales particulares, color de pelo, de iris, características de piel.

b) Cicatrices tanto de tipo traumático, quirúrgico, producto de quemaduras, etc., sobre todo aquellas ubicadas en zonas visibles: cara, antebrazos, manos, piernas (estas últimas de preferencia en las mujeres)

c) Deformidades y anomalías diversas, por ejemplo de orejas, ojos, columna vertebral, etc.

d) Tatuajes en la piel.

IV) Informe de capacidad de trabajo.- Hay instancias en que los jueces desean saber si alguna persona es apta o no para poder trabajar (secuelas de enfermedad infecciosa, angina de pecho, enfermedades crónicas broncopulmonares, renales, cardiovasculares, lesiones diversas de columna vertebral, etc.)

Esto es especialmente importante en matrimonios separados en los que el ex-esposo debe entregar a la ex-esposa una pensión especial de alimentación para sus hijos hasta que sean mayores de edad. A pesar de que los hijos se hacen mayores de edad, muchas madres alegan que sus hijos no pueden trabajar, ya sea por alguna incapacidad (física o mental) o enfermedad.

. Esquema de Informe Pericial de Lesiones

PROCESO Nº ...../79
INFORME DE LESIONES Nº ...../79
DE (nombre completo del lesionado)

SANTIAGO
SEÑOR JUEZ

(1.- Identificación: nombre completo, edad, estado civil, profesión, domicilio, carnet de identidad)

" En cumplimiento al oficio de U.S. examiné en este Instituto Médico Legal con fecha..... a .....identificado por....."

(2.- Antecedentes: " Refiere antecedentes de" ..... (agresión, accidentes de tránsito, mordedura canina, equina, accidentes diversos: aplastamiento por muralla, quemaduras en incendio. Nota: No se individualiza el eventual o posible agresor ni tampoco el arma empleada, esta última a menos que en los certificados de atención médica venga especificada, por ejemplo, herida por arma de fuego), " Ocurridos el día..... mes..... año (Debe preguntarse la hora exacta del accidente para inscribir el día preciso), siendo atendido en.....u hospitalizados en..... en fecha..... con los diagnósticos de..... ..... (En caso de hospitalización debe registrarse el número de días. La atención u hospitalización debe ser certificada por un comprobante de atención, carnet de alta, documentos todos debidamente timbrados y firmados; en caso contrario, el perito no anotará la atención o la hospitalización relatadas, pudiendo sí individualizar el servicio asistencial que invoca el lesionado. Todos los certificados y antecedentes clínico-radiológicos que aporta el lesionado le son devueltos por el perito al término de su examen.

(3.- Descripción: tipo de lesión, forma, tamaño, color, ubicación, etc., por ejemplo " Presenta herida contusa de ....., 5 cms., a nivel del cuero cabelludo en región parietal derecha". A continuación se inscribe todo cuanto se certifica en los documentos que se aportan. Ejemplos: Aporta certificado médico que señala queE.C.L. o N.N. sufrió un accidente de tránsito el..... de..... de 197.... con los diagnósticos de..... aporta certificado radiológico que informa.

(De ambos certificados el perito anota en el informe el lugardonde se realizó el examen, fecha, el nombre y el registro del Colegio Médico del facultativo)

(4.-Conclusión " Las lesiones son compatibles, explicables o atribuíbles por ..... (acción de elemento contundente, golpe de puño, pié calzado, accidente de tránsito), clínicamente (se da el pronóstico médico legal: L;MG.;G)."Sanará, salvo complicaciones en..... días, meses, con o sin..... tiempo de incapacidad (parcial o total) para sus labores habituales :

NOTA: Las ecuelas se informarán generalmente en las ampliaciones del informe de lesiones que es solicitado por el Juez que instruye la causa.

Saluda ATTE a US

Dr.....

AL SEÑOR JUEZ
DEL JUZGADO
SAN MIGUEL

Mal trato inflingido a los niños.

Este problema médico legal es de graves consecuencias judiciales. El [illegible] aparece como muy importante para la calificación de infracción y aplicación de la pena. A estas penas pueden añadirse consecuencias civiles; disminución total o parcial de la potestad paterna y otros. En Francia, el legislador, considerando que los niños no pueden defenderse por su debilidad física, les ha proporcionado una protección muy particular. La ley prevee toda una gama de sanciones, de un año de prisión a la pena de muerte, sin contar las penas accesorias, que alcanzan a los autores de malos tratos inflingidos a los niños menores de 15 años. No son solamente las heridas y violencias tenidas en cuenta, sino también los hechos de omisión, privación de alimentos o de cuidados, que no eran considerados anteriormente como punibles. Vale la pena conocer sus esquemas de jerarquía penal:

Sevicias a los niños de menos de 15 años
Jerarquía Penal

(Heridas, golpes, privación de alimentos o de cuidados)

Naturaleza de la infracción	Penalidad según el autor o la infracción. Cualquiera	Parientes o Maestros
1) Sevicias simples.....	1-3 años prisión, multa	2-5 años de prisión, multa
2) Sevicias graves (Enfermedad consecutiva o incapacidad de trabajo de más de 20 días)	2-5 años de prisión, multa	Reclusión
3) Sevicias muy graves (mutilación, amputación, privación de la función de un miembro, ceguera, pérdida de un ojo u otras incapacidades permanentes, o muerte sin intención de darla)	Trabajos forados permanentes	Trabajos forzados a perpetuidad
Sevicias practicadas habitualmente con intención de provocar la muerte	Muerte	Muerte

A estas penas pueden añadirse consecuencias civiles; disminución total o parcial de la potestad paternal, privación de derechos, prohibición de residencia.

(Sevicias significa "crueldad excesiva, malos tratos")

Formas etiológicas.- Existen las lesiones diversas y los hechos de omisión, abandono, privación de alimentos o de cuidados.

Las lesiones son producidas por medios variados: manos, pies, bastón, regla, tenedor, llama, líquido hirviente, líquidos corrosivos, hierros al roj[illegible]

Todas las edades de la infancia están expuestas a los malos tratos. Las víctimas pertenecen generalmente a los estratos socioeconómicos y culturales bajos. La ilegitimidad es una causa netamente predisponente. Ordinariamente hay que culpar al alcohol y a los tugurios de la existencia de padres indignos y de niños mártires. No obstante, la madre indigna o culpable de negligencia hacia sus hijos puede ser una enferma afecta de insuficiencia hipofisiaria post-partum, afección que se presenta frecuentemente como una psicosis que se olvida relacionar con el parto y su verdadera causa (infartos isquémicos que destruyen el lóbulo anterior de la hipófisis, inmediatos a una hemorragia importante con schock). La mujer presenta una extrema pereza, psíquica y física, con completa falta de interés por su casa e hijos.

Informe médico legal.- El examen médico legal debe tener lugar sin retraso para concretar las lesiones y debe ser repetido algunos días más tarde. Sólo la evolución de las lesiones permite darse cuenta, por examenes comparativos, de la naturaleza y de la época de su aparición.

Las violencias se caracterizan: 1º, por su multiplicidad; 2º por su diversidad (erosiones, equímosis, bolsas serosanguíneas, heridas más o menos profundas, quemaduras); 3º, por la antiguedad diferente de las lesiones, heridas recientes al lado de cicatrices rojas, blancas o pigmentadas; equímosis de coloraciones variadas que indican la sucesión de los golpes, recientes y antiguos; 4º, por el lugar de predilección; partes descubiertas del cuerpo, cabeza, orejas, nariz, manos, antebrazos, nalgas, pantorrillas, pies; el pecho y el vientre están frecuentemente respetados.

El diagnóstico médico legal de estas violencias tropieza con dificultades. El interrogatorio de los padres o de los niños aterrorizados o mitómanos puede no prestar ninguna ayuda. Las equímosis, las contusiones, pueden proceder de caídas, de golpes que acompañan a sus juegos. Tales lesiones asientan en las partes salientes. Pero si los malos tratos consisten en tirar brutalmente al niño al suelo, las equimosis se muestran en los mismos sitios; las indicaciones se obtienen de la diversidad y distinta edad de las lesiones. Las huellas observadas pueden proceder de forúnculos, de impétigo, sabañones, dermatosis purulentas y costrosas, o bien pueden ser lesiones procedentes de rascado. En los niños heredosifilíticos, raquíticos, etc. se pueden observar frácturas espontáneas.

En las equimosis conviene eliminar su origen patológico (enf. de Werlh sindrome hemofílico, etc.)

Es posible a menudo definir la naturaleza de las violencias ejercidas en el niño teniendo en cuenta la forma de las lesiones: arañazos, líneas rojas que dejan los golpes de bastón, doble surco azulado compatible con golpe de cuerda o cuero, magulladuras opuestas por su cara cóncava en el pellizcamiento, huellas geométricas recordando la forma del instrumento percutor.

La privación de alimentos provoca hiponutrición pero hay que condiderar patologías diversas que también la condicionan. La falta de cuidados se reconoce por el aspecto del niño: vestidos andrajosos, cabellos enredados con parásitos, piel áspera, pigmentada de las picaduras de parásitos, impetiginizad

cubierta de mugre; rinitis; blefaritis; eritema glúteo. La falta de cuidados es en cierto modo normal, en las clases desposeídas de la sociedad, en que los parásitos son los huéspedes habituales de los adultos. No basta observar la falta de cuidados o la privación de alimentos; hay que probar que, debido a ello la salud del niño ha sido comprometida.

-A falta de una completa investigación nacional consideramos oportuno citar un trabajo norteamericano al respecto, que se incluye en el Tratado de Investigación Médico Legal de la muerte de los Profesores de Patología Forense de W. Spitz y R.S. Fischer bajo el título de síndrome del niño maltratado.

Sindrome del niño Maltratado.-

El maltrato dado por el hombre al hombre, llevado a los extremos más increíbles, ha sido bien documentado a través de toda la historia. Este maltrato ha sido racionalizado aludiendo a cualquier cantidad de justificaciones: prácticas o creencias religiosas, disciplina y educación, ganancias económicas. La reacción de las autoridades así como de la población general ha ido variando con el tiempo. Platón, en el 400 A.de C., dijo que los niños debían ser educados o entrenados no por compulsión, sino como jugando. En cambio, los calvinistas que colonizaron EE.UU. pensaban que los niños eran espíritus impuros de los que había que eliminar el demonio.

La disciplina se ha impartido sin castigo físico o con él llegando hasta el salvajismo. Durante la Revolución Industrial se contrataban a niños de 5 a 10 años de edad sometidos a las 12 y 16 horas de labor diaria.

El distinguido radiólogo pediatra, Dr. Caffey, en 1946, fue el responsable del interés reciente por el problema al relatar su experiencia de asociación de hematomas subdurales y anormalidades radiológicas de los huesos largos, sugerentes de trauma.

Tipo de Maltratos.- La literatura médica y los medios de comunicación han dejado en claro que en las dos últimas décadas en los Estados Unidos han aparecido cualquier tipo imaginable de maltratos. Niños dejados por semanas o meses dentro de closets; bajo la cama; quemados por cigarrillos para forzarles a sentarse en el baño; metidos en baños de agua hirviente.

A pesar del interés médico y de la existencia de muchas instituciones interesadas en el problema, aún no hay datos precisos del número o porcentaje de estos casos. A pesar de las campañas que en algunos medios se hacen, pareciera que el drama va en aumento.

Los maltratos que llevan a la muerte se pueden subdividir en dos grupos:

A) Por negligencia: maltrato pasivo en ausencia de abuso.

B) Por abuso, con maltrato físico evidente.

En muchas circunstancias no se ha podido determinar si los traumas han sido causados por maltratos o accidentalmente.

Negligencia o niño abandonado.- Corresponde a casos que mueren por falta d nutrición adecuada y de medios higiénicos mínimos para subsistir.

Generalmente son llevados por la madre al hospital con la historia qu se acostaron en perfecto estado de salud y fueron encontrados extremadamente graves o muertos.

En todos ellos hay marcados signos de desnutrición, suciedad, pañales fétidos por orina y material fecal acumulado, asociados a infecciones de la piel, acompañados o no de sepsis. En algunos casos mueren por asfixia debida a aspiración de vómitos lácteos.

Se han visto casos en que los padres compran ropas nuevas para impresionar como si los cuidados recibidos hubieran sido excelentes.

Aquí se llama abandono o negligencia frente a un niño varía en cada comunidad americana. En algunos Estados se castiga hasta los padres que no compran drogas anticonvulsionantes a sus hijos cuando las necesitan. En otros casos se hace la investigación cuando fallecen niños por incendio de sus hogares.

Además del examen médico se acostumbra hacer una visita al hogar para determinar las condiciones higiénicas de la vivienda, estado de orden, reparación de desperfectos, número de personas, ingresos y su distribución, antecedentes en el vecindario (si han escuchado golpearles, si los niños quedan gra parte del tiempo solos, a cargo de hermanos mayores o con quién quedan), antecedentes de hospitalizaciones y sus diagnósticos, relaciones entre los padres; que porcentaje de tiempo está el padre en el hogar, estado emocional de la madre.

En las autopsias se encuentra marcada deplección del tejido adiposo subcutáneo y visceral. El estómago e intestino contiene poco o nada de alimentos ingeridos recientemente.

Se deben tomar cortes histológicos para determinar si hay una causa patológica congénita o adquirida que explique la emaciación. En las series q se publican no se han encontrado alteraciones patológicas que expliquen la desnutrición. Sí se encuentran cuadros patológicos terminales que son fáciles de explicar dada la desnutrición: bronconeumonía, sepsis asociadas a celulitis a infecciones secundarias en otros puntos, tales como bronquios, laringe, oído vejiga urinaria.

Se deben efectuar estudios toxicológicos. En la mayoría de los casos resulta negativo, pero en algunos es positivo para sedantes y otros.

En la literatura se han presentado varios casos de niños mantenidos en coma o semicoma, por uso prolongado de tranquilizantes o barbitúricos, drogas que usadas en altas dosis y por largos períodos, llevan a convulsiones y daño cerebral permanente.

Alegato de los padres.- La confrontación inicial con los padres habitualmente arroja datos contradictorios o no de acuerdo con los hallazgos físicos.

Posteriormente comienzan a aceptar que pudiera habertenido un resfrío o diarrea de poca monta, o que han caído o que han tenido un traumatismo menor uno o dos días antes de la muerte.

En una serie de Philadelphia con 36 casos, 8 se vieron en blancos (3 mujeres, 5 hombres) y, 16 en no blancos (3 mujeres, 13 hombres). Tenían desnutrición marcada con promedio de 65% del peso correspondiente a su edad (las cifras variaron del 35 al 88%). Todos estaban bajo el tercer percentil excepto en casos aislados, en que había negligencia en otros aspectos, que no fuera la nutrición. Se estudió la composición familiar en cada uno de los casos. Generalmente ocupaban el último lugar en una familia grande (promedio 6-7 niños), y en forma no esperada o proyectada. También hijos naturales. Estos niños fallecen en promedio a los 5 meses.

Alrededor del 50% de estas familias vivían del dinero proveniente de Fondos de Asistencia Social o Pública.

En general se trataba de madres incapacitadas para dar la nutrición y condiciones higiénicas mínimas a sus hijos, dado que en la mayor parte de los casos la familia era muy numerosa.

La serie incluye casos de madres que dieron a luz hijos de hasta cuatro padres diferentes y desconocidos; también madres casadas antes de terminar sus estudios secundarios, y que muy pronto fueron abandonadas por su joven marido.

Las asistentes sociales que visitaron esos hogares describieron olor a orina, excrementos, tanto de hombres como animales y abundantes insectos en especial baratas y moscas. En las cocinas encontraron escasa cantidad de alimentos. Muchas de esas casas fueron consideradas no aptas para ser habitadas por seres humanos. Los vecinos relataron en estos casos que no había preocupación y cuidado por los niños. En solo dos de los casos las inmunizaciones estaban al día.

Fue raro el traumatismo asociado en estos niños muertos por abandono al primer año de vida.

Estos estudios han llevado a pensar que, si estos niños logran llegar al año de vida, su aspecto físico, sus vestimentas y su falta de formación emotiva, lleva a que los amigos o vecinos se preocupen de él, cuando ya esté en condiciones de salir fuera de su hogar. Son niños que se les encuentra en las veredas o en los pasillos de los edificios departamentos, su aspecto patético llama la atención, cosa que por lo demás puede resultarles salvadora.

Niños con abuso físico.- Durante un período de 5 años (estudio de Filadelfia) 36 niños pequeños murieron de lesiones provocadas por un miembro de su familia, niñera o padrastro. De este grupo, en 13 casos no se encontraron señales externas o internas de lesiones previas que hubieren dejado cicatríz o secuelas. En los otros 23 casos,el examen físico externo e interno, la historia médica, los Rx y las investigaciones que llevan a la confesión del

causante, determinaron la existencia de una historia de traumas previos.

En el primer grupo de 13 niños (2 blancos, 11 no blancos) las edades variaron entre 1 mes y 6 años. Todos ingresaron a Consultorio u Hospital en estado agónico o post-mortem.

TABLA COMPARATIVA DE LA CAUSA DE LA INJURIA DECLARADA Y, CONFESADA.-

1) Declarada por padres, familiares o causantes		2) Confesada	
Caída de cuna o escalera	7	Estrangulación manual	8
Encontrado muerto en cuna	5	Estrangulación con objeto	3
"Yo le pegué a la guagua"	2	Threw on prished	2
		Threw objet at baby	1
Golpeado por un hermano	1	Inmersión en agua caliente	1
"La guagua desapareció"	1	Codazo por baby-sister mirando T.V.	1

La situación socioeconómica y educacional de las causantes de abuso físico es diferente al por negligencia. Se trata de personas de clase media y media alta que viven en buenas casas y con higiene aceptable.

Hay casos en que la injuria no ha sido intencional. Hay casos de padres que llegan muy agotados a sus casas después del trabajo que le pegan a su hijo al llorar y molestar en forma sostenida. En otros casos, se trata de padres que han quedado a cargo de un hijo, en ausencia de la madre que va de compras. En otros casos las causantes son madres psiconeuróticas severas o de mal trato dado por baby-sisters, etc.

Hallazgos al examen interno.- Como ya se ha dicho, los niños de este grupo no presentaban evidencias de otros maltratos recientes o antiguos, salvo el que lo llevó a la muerte.

En aquellos casos en que los niños fueron lanzados o golpeados contra un objeto sólido, el hallazgo más frecuente es el T.E.C. con fráctura. La entrevista con parientes puede proporcionar todos los datos que expliquen el mecanismo de la injuria.

En los niños que han sido repetidamente golpeados, el examen demuestra hemorragia intramuscular y subcutánea de la cara, cabeza, generalmente las que permiten por su forma identificar el agente vulnerante, aún en ausencia de evidencia externa importante.

La confrontación con los padrea al encontrarse estas alteraciones, lleva a obtener una historia que lleva a desesperación con golpes al niño en zonas expuestas de la cara, cabeza y cuello. En un número significativo de estos casos, hay evidencias externas de trauma en mejillas, orejas y zona posterior de la cabeza.

El examen interno de niños golpeados sobre el tórax o abdomen, sin hallazgos evidentes de trauma externo, pueden revelar laceraciones

líneales de la cápsula del bazo e hígado, laceraciones múltiples en el mesenterio del intestino delgado y grueso; ocasionalmente hematomas en el mediastino anterior y fracturas costales. La magnitud del trauma en el abdomen y cavidad toráxica en prácticamente todos los casos permite imaginar una injuria accidental y, son las circunstancias de abuso declarado o indagado las que llevan a esclarecer el caso.

Como se vió en la Tabla comparativa, rara vez los padres declaran haber cometido abuso al llegar al Centro Asistencial; sólo un pequeño número de padres relata que ellos lo han cometido en un momento de exasperación. En la mayoría de los casos no hay premeditación aparente y generalmente son las manos y los pies los que se usan para golpear.

En los casos en que hubo confesión inicial relataron una pequeña repri menda: entrevistas repetidas y confrontaciones con los hallazgos anatómicos arrojaron finalmente una historia verdadera, generalmente en relación a crisis de llanto que molestaban al padre o a la madre.

El hecho de orinarse o defecarse en los pantalones, la cama o el piso, fue la causa que condujó al castigo en los casos restantes. La injuria a niños que estaban sentados o jugando fuera de la cama se produjó, en especial, sobre la cara, cabeza y cuello; mientras que los que estaban en su cuna o cama recibieron los golpes sobre el tóraz y abdomen.

Niños que han recibido traumatismos en forma repetida.-

En el estudio de Philadelphia, 23 niños murieron como resultado de traumas que se sobrepusieron a injurias anteriores; seis de los casos correspondían a blancos y 17 a no blancos.

Este tipo de abuso, a diferencia de un caso, ocurrió en los niveles más bajos socioeconómicos y de educación. La excepción corresponde a padres psicóticos, los que en un simple examen psiquiátrico demuestran rasgos de sadismo. La edad de los niños en estos casos varió entre los 2 meses hasta los 5 años, con un promedio de 24 meses. Todos ellos fueron conducidos a un hospital en estado premortem o fallecidos, relatándose que habían sufrido una injuria; sólo en 4 casos se relató el haberlos encontrado muertos en sus cunas, sin haber recibido ningún tipo de trauma.

La explicación más frecuente dada por los padres fue que se habían ca do escaleras abajo, o desde su cuna o cama o de un juguete. En dos casos dijeron haber castigado a su hijo porque se lo merecía.

La observación externa de este grupo de niños no ofreció problema clínico ni al patológo. Se encontró cualquier tipo de injuria en diversos estad de evolución o reparación.

Los golpes múltiples dados con la palma o dorso de la mano, sobre la cara y boca pueden ser tan intensos que llevan a la denudación de la piel, laceraciones o cortes múltiples sobre labio superior, inferior o ambos, y extensos hematomas subcutáneos de cuero cabelludo, los que pueden sufrir organización y aún calcificación. En asociación a esto hay injurias típicas sobre el

tórax y el abdomen en varios estados de cicatrización. El tipo de lesión refleja el agente causante (palo, cadena, cinturón, hebilla de cinturón, etc.). El examen microscópico de varias injurias demuestra cicatrización en varios estados, mientras que la simple inspección puede revelar abrasión aguda, laceración y contusión con o sin indicios de depósitos de hemosiderina de diversos colores, o bien cicatrices de heridas anteriores.

A menudo no hay una clara diferencia entre el grupo de niños que fallecen por carencia de alimentos y aquellos que sucumben por injurias repetida No es raro que los niños de este último grupo estén bajo los perceptibles de peso y estatura, y en el examen clínico presentan evidencias de alteraciones psicológicas o de disfunción orgánica cerebral.

La literatura indica que este tipo repetitivo de castigo, está en el grupo de niños que están siendo enseñados en su control de esfínteres o presentan llantos repetidos; sin embargo existen casos de niños de un mes de edad.

No es infrecuente visualizar radiológicamente fracturas costales paralelas, que pueden sugerir injurias del parto y hay que diferenciarlas. Los hallazgos intracraneanos, a menudo son mínimos en relación al cuadro clínico presentado en las últimas horas de la vida. No es raro que habiendo graves lesiones en cara y cabeza, no se encuentren hematomas subdurales, hemorragias subaracnoídeas mínimas y edema cerebral intenso, con aplanamiento de las circonvoluciones, lesiones que son difíciles de evaluar en el niño menor de 1 año de e

Aunque las hemorragias subdurales o subaracnoídeas asociadas a edema cerebral con o sin fractura es la causa de muerte en un número importante de casos de niños que mueren por abuso, Lindeberg señala el valor del examen neuropatológico histológico ya que la presencia de desgarros o laceraciones en la sustancia blanca del cerebro, permite demostrar que han habido dos episodios de trauma separados. Abrasiones y contusiones en la zona externa del cuerpo pueden dar huellas positivas del instrumento usado para inflingir la injuria.

Las causas más frecuentes que llevan a inflingir el castigo son las crisis de llanto y el control de esfínteres. Algunos padres reconocieron sentir placer al castigar al niño; en otro caso el niño estaba feliz de que le prestaran atención aún castigándolo y una madre declaró haber considerado el castigo de su hijo como una orgía ritualista en tres ocasiones en relación al hecho de haber sido abandonada por el marido: el niño recibió quemaduras por cigarrillos en manos y plantas.

El significado del trauma en el background de los padres puede ser reflejado por el hecho que en un grupo de nueve madres agresoras, dos admitieron haber sido golpeadas no solamente durante su niñez sino también semanas y meses

Radiología en el niño golpeado.-

En la descripción clásica del niño golpeado; habitualmente es el radiólogo quien primero se da cuenta de la existencia del traumatismo resultante de una violencia aguda. El aporte que puede entregar el radiólogo es de considerable valor. Las lesiones que puede encontrar el radiólogo son hasta las insospechables, incluso aquellos cambios específicos del esqueleto que resultan del

trauma repetitivo.

El abuso en los niños en relación al abuso de las drogas.-

La revisión sobre el abuso en los niños no puede estar completa sino se comenta el impacto que han tenido las drogas en la juventud actual. Los niños ilegítimos que nacen en las comunidades transitorias están más propensos a sufrir de maltratos. Esto no se limita solamente al abandono, la privación de alimentos, o a la falta de higiene debida a la negligencia de sus padres, sino también al hecho de que están expuestos a riesgos mientras sus padres están bajo la influencia de ciertas drogas. Junto a ésto, tenemos la posibilidad de que los recien nacidos adictos que han sido descritos repetitivamente en la literatura.

Elementos de doctrina jurídica chilena atingentes al maltrato inflingido a los niños.-

Consideramos necesario dar a conocer la doctrina respecto del "abandono de niños y personas desvalidas","omisión del socorro", el "homicidio por omisión" y"lesiones en ejercicio del derecho de corrección".

Consideraciones jurídica acerca del abandono de niños y personas desValidas.

Se refieren a las diversas modalidades de abandono de los niños los Artículos 346 a 351. El artículo 352, último del parágrafo, concierne a las personas desvalidas.

Artículo 346. El que abandonare en un lugar no solitario a un niño menor de siete años, será castigado con presidio menor en su grado mínimo.

Artículo 347. Si el abandono se hiciere por los padres legítimos o ilegítimos o por personas que tuvieren al niño bajo su cuidado, la pena será de presidio menor en su grado máximo, cuando el que lo abandona reside a menos de cinco kilómetros de un pueblo o lugar en que hubiere casa de expósitos, y presidio menor en su grado medio en los demás casos.

Artículo 348. Si a consecuencias del abandono resultaren lesiones graves o la muerte del niño, se impondrá al que lo efectúare la pena de presidio mayor en su grado mínimo, cuando fuere alguna de las personas comprendidas en el artículo anterior, y la de presidio menor en su grado máximo en el caso contrario.

Lo dispuesto en este artículo y en los dos precedentes no se aplica al abandono hecho en casa de expósitos.

Artículo 349. El que abandonare en un lugar solitario a un niño menor de diez años, será castigado con presidio menor en su grado medio.

Artículo 350. La pena será presidio mayor en su grado mínimo cuando el que abandona es alguno de los relacionados en el artículo 347.

Artículo 351. Si el abandono en un lugar solitario resultaren lesiones graves o la muerte del niño, se impondrá al que lo ejecuta la pena de presidio mayor en su grado medio, cuando fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo precedente, y la de presidio mayor en su grado mínimo en el caso contrario.

Artículo 352. El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo,o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufriere

lesiones graves o muriere a consecuencias del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo.

El concepto de abandono.- Ni la ubicación sistemática ni la formulación de los tipos de abandono de niños por nuestra ley nos hacen discutir de la conclusión predominante en la teoría extranjera en el sentido de que el abandono es un delito de peligro concreto para la vida y la incolumnidad personal del niño Politoff.G.Bustos llegan a la conclusión de que es incompatible con la acción punible de abandono todo caso en que el peligro concreto para la vida y la incolumnidad personal del niño se encuentra ausente.

Ahora bien, si la ausencia de peligro, por asumir otras personas, distintas del abandonante, la función de amparo y protección del menor, hacen desaparecer el abandono, algunos sujetos pueden resultar, en tal abandono inocuo, captados por figuras subsidiarias que miran a otros bienes jurídicos. Así, el Art. 494 Nº 15 castiga a "los padres de familia o los que legalmente hagan sus veces que abandonen a sus hijos, no procurándoles la educación que permiten y requieren s clase y facultades". Por otra parte, la exposición puede afectaral estado civi del abandonado, previsto en la figura del Artículo 354 inciso 2º (exposición co ánimo de hacer perder el estado civil). También es punible el caso del que teniendo a su cargo la crianza o educación del menor de 10 años, lo entregare a un establecimiento público o a otra persona sin la anuencia de la que se le hubiere confiado o de la autoridad en su defecto (Art. 356) disposición que, según el comisionado Reyes, "se refiere a la pérdida del estado civil más bien q al peligro que puede correr la vida o la salud del niño".

Las figuras de los Artículos 346 a 351

El delito de abandono de niños reviste dos categorías atendiendo al lugar e que se produce el abandono. Según sea solitario o no el lugar, la situación d peligro varía en intensidad y, por lo tanto, repercute en la gravedad del delit

1.- Abandono en lugar no solitario.- Señala el Art. 346: "El que abandonare en un lugar no solitario a un niño menor de 7 años, será castigado con presidio menor en su grado mínimo.

a) ¿Qué debe entenderse por lugar no solitario?: El concepto surge por o posición al del lugar solitario; a este último Nypels lo definió como el lugar "no frecuentado durante el abandono" lo que no resulta suficiente si se piensa que aún en determinadas circunstancias un lugar frecuentado por criminales, po ejemplo, puede resultar un sitio particularmente peligroso para la vida o la s lud del niño abandonado.

En verdad, la idea de lugar solitario viene subordinada, "a la posibilidad concreta de un socorro eficaz" La mayoría de la doctrina jurídica sos tiene que un sitio sea cual sea no es solitario desde el momento que haya luge presumir que el niño puede encontrar socorro y que ese sitio se convierte en solitario si da pie para creer que el niño no encontraría socorro alguno. Con forme a la doctrina dominante "corresponde a los jueces, en cada caso particul resolver si el lugar es solitario o no, pues a este respecto no puede haber un regla fija"

b) En lo que respecta a la acción de abandonar cabe precisar si este d lito puede cometerse tanto por acción como por omisión. Podría plantearse, en efecto, que en el Artículo 346 se castiga tanto el delito de acción cuanto el de omisión simple. Ello, sin embargo, se contrapone con lo que establece el

Artículo 494. Nº 13, que castiga con pena de falta al que "encontrando perdido o abandonado a un menor de 7 años no lo entregase a su familia o no lo recogiere o depositare en lugar seguro, dando cuenta a la autoridad en los dos últimos casos". El legislador ha castigado como falta la omisión simple, que consiste en dejar en el abandono a un niño, por lo que, conceptualmente, no puede estimarse integrada en Art. 346. También por expresa disposición legal, que surge de relacionar el Art. 494 Nº 13 con los artículos 346 y 349, resulta atípica la acción de dejar en el abandono a un niño menor de 10 años y mayor de 7. Cosa diversa es, por cierto, la eventualidad de que el autor de la omisión revista la posición de garante respecto de la vida o incolumnidad del autor, lo que precisamente acontece si se trata de las personas a quienes alude el artículo 347.

c) Cuando el abandono es propiamente un delito de acción y toma relevancia, por ende, el sujeto activo calificado a que se refiere el artículo 347, la interpretación no es siempre fácil. No en lo que respecta a la prueba del parentesco, sino en lo que concierne al concepto de "persona que tuviere el niño bajo su cuidado". El problema se suscita cuando se relaciona esa noción con cualquiera otra forma de abandono (sujeto no calificado) de acuerdo con el artículo 346. En efecto, "alguna forma de cuidado" habrá de tener sobre el menor el abandonante para que pueda hablarse en rigor de abandono, de tal manera que el límite entre la figura simple y calificada, por una parte y, por la otra, entre el abandono y una acción irrelevante desde el punto de vista penal, se vuelve extremadamente inciertas.

La idea de custodia en el sentido del Artículo 347 es, sin duda, significativa de un "deber vinculante", en la mayoría de los casos por la existencia de un expreso encargo o por una asunción más o menos prolongada y voluntaria de la misión de brindar seguridad al menor. En todo caso, las situaciones límites, sólo podrá extraerlas el juez de la realidad de la vida y de los deberes más o menos intensos que imponen las reglas de relaciones sociales.

d) Además de la calificación por el sujeto activo, crea el artículo 347 todavía dos subespecies de figuras agravadas, según el mayor reproche que deriva para el agente de la proximidad del pueblo o lugar en que pudo confiar el niño. La decisión de abandonar, no obstante el vínculo y la facilidad para optar por la solución menos drástica, hace la pena mayor que si esta segunda fórmula, por la distancia, se hace para el hechor más complicada.

e) Agravación por el resultado. El artículo 348 agrava por el resultado la figura de peligro concreto. Así, " si a consecuencias del abandono resultaren lesiones graves o la muerte del niño, se impondrá al que lo efectúare la pena de presidio mayor en su grado mínimo, cuando fuera alguna de las personas comprendidas en el artículo anterior, y la de presidio menor en su grado máximo en el caso contrario"

2.- Abandono en lugar solitario.- Dispone el Artículo 349: "El que abandonare en un lugar solitario a un niño menor de 10 años será castigado con presidio menor en su grado medio"

El artículo 350 agrava la pena para el caso en que el abandonado sea alguno de loss sujetos calificados "relacionados en el Artículo 347" y el Artículo 351 fija el régimen de la pena.

Abandono de personas desvalidas.

La figura del Art. 352.C.P.- El artículo 352 castiga al que abandonare "a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufriere lesiones graves o muriere a consecuencias del abandono".

Sobre la clase de enfermedad o imposibilidad requeridos por la figura, es manifiesto que deben corresponder a las características del peligro concreto. Si el desvalimiento se refiere a un menor y el abandonante se halla en las situaciones provista en el articulado de abandono de niños, el concurso aparente se resolverá con arreglo a la especialidad.

Consideraciones jurídicas acerca de la omisión del socorro

Castiga el Art. 494. Nº 14 al que "no socorriere o auxiliare a una persona que encontrare en despoblado herida, maltratada o en peligro de perecer, cuando pudiere hacerlo sin detrimento propio". El socorro o auxilio omitidos están referidos a una persona que se encuentra herida, maltratada o en peligro de perecer, y a tales condiciones se añade la de que se encuentra en despoblado, donde la posibilidad de socorro por otros diferentes del agente puede ser escasa. Con gran frecuencia el proceso de deterioro físico que experimenta la víctima va a conducir a la muerte, circunstancia que tendrá el rango de cierta cuando la situación de peligro pueda ser descrita como peligro de perecer.

Naturalmente, lo de "peligro de perecer" no implica necesariamente que la persona esté gravemente herida, pues puede tratarse de alguien que, por ejemplo, se encuentre precariamente sujeta de un matorral sobre la ladera de un precipicio. Es decir, con dicha expresión se señala únicamente la calidad de la "situación de peligro" que le da sustantividad a la figura. Básicamente, pues, la omisión de socorro es un delito de peligro para la vida e incolumnidad del individuo.

Agrega la ley, asimismo, el requisito de que la obligación de asistencia solamente es requrible cuando el auxilio pueda prestarse sin detrimento propio. Con ello se alude a la condición que, reclama todo delito de omisión: la posibilidad real de actuar, pero en cuanto la ley ha señalado un determinado límite "normativo" al carácter meramente "natural" de esa posibilidad, más allá del cual "no es exigible" la actuación. Objetivamente, este límite deberá medirse tomando en cuenta que el detrimento consista en el riesgo cierto de un mal suficientemente grave para quien debiera prestar auxilio.

El homicidio por omisión.- Admitido que no hay obstáculo constitucional para reconocer homicidios mediante conducta omisiva y que la ley penal (Art.492 parece claramente aceptar su existencia, subsiste empero la pregunta de cómo fundamentar dogmáticamente los requisitos o límites dentro de los cuales es permitido asimilar la no evitación de la muerte a su producción.

El no impedir un resultado puede ser presentado como equivalente para el derecho a causarlo solamente cuando para el sujeto existe la obligación de actuar, y puesto que tiene tal obligación es que se cuenta con ella.

Es claro que en un sentido muy amplio todos los miembros del grupo social tienen la obligación, sea jurídica, sea puramente moral, de impedir los

resultados dañosos. Pero la fuente de esta obligación puede ser más o menos enérgicamente vinculante. Se cuenta con la niñera, con su actuar vigilante, para el cual se le obligó por un contrato, que salvará a la criatura que le fuera confiada y que está en trance de caer a un pozo y ahogarse. No se cuenta con un eventual paseante. La solidaridad humana es un deber genérico, para todos los individuos y su infracción puede determinar sanciones, aun penales (por ejemplo el delito-falta de omisión de socorro del Art. 494 Nº 13 y 14); pero la "posición de garante", de custodio del bien jurídico, sólo lo tienen determinadas personas, con una obligación específica de impedir el resultado.

En el homicidio por omisión, como fuente legal de la posición de garante adquiere especial relevancia el derecho de familia: Así la que deriva de las relaciones entre hijos y padres, entre marido y mujer, etc. (C.C. Arts. 102,131,219, 220,222,223,276 y 277).

La necesidad de preferir una interpretación restrictiva de los tipos, máxime si como acontece con los de comisión por omisión estos son tipos abiertos, reclama que la fuente legal sea reconocida solamente en aquellos casos en que la realidad de la vida y no la mera letra de la ley exigen un comportamiento de amparo o protección del que se halla en estado de efectivo desvalimiento. Así, la obligación de cuidad de la persona del hijo que incumbe a los padres "tiene una gran amplitud si se trata de menores de corta edad, pero es indudable que se atenúa considerablemente a medida que el menor aumenta de edad".

En lo que concierne al contrato, la jurisprudencia alemana e italiana la usan como la fuente más fecunda de la posición de garante. Se indican, particularmente, los contratos de prestación de servicios, respecto del cuidado de personas en situación de desvalimiento; los que se refieren a prestación de servicios profesionales, que fundamentan un deber de evitar resultados lesivos para la vida e integridad física.

La verdad es que el contrato interesa en la medida en que, mediante la aceptación del deber, se ha asumido realmente una posición de custodio de un bien jurídico. Lo que realmente interesa es si se asumió un deber con el cual se contaba.

Si aunque con las reservadas anotadas, la ley y el contrato tienden a ser reconocidos uniformemente como fuentes de la posición de garante, menos fortuna han tenido las elaboraciones doctrinales en torno a otras fuentes, tales como el hacer precedente y las comunidades de vida o de peligro.

Lesiones en ejercicio del derecho de corrección.

Se ha puesto de relieve en la doctrina la singular posición subjetiva del pedagogo quien, a diferencia del médico llamado a preferir en todo caso la intervención no dolorosa, puede verse conducido a la necesidad de buscar justamente el suministro de sufrimiento como medio para llevar a la víctima de la reflexión (Zur Besinnug bringen"), de tal manera que a la materialidad de la lesión va unida, en estos casos, la correspondiente intencionalidad.

El artículo 233 del C.C. señala que "el padre tendrá la facultad de corregir y castigar moderadamente a sus hijos", la cual el Art.234 reconoce también a otras personas: " los derechos concedidos al padre en el artículo precedente se extienden, en ausencia o inhabilidad del padre, a la madre o a cualquiera otra

Persona a quien corresponda el cuidado personal del hijo; pero nunca se ejercerán contra el hijo mayor de edad".

La doctrina nacional coincide en que las lesiones corporales que se causan en ejercicio de esta facultad son típicas, aunque justificadas.

Las lesiones que no exceden los límites de la facultad correccional se hallan justificadas por el ejercicio legítimo de un derecho. Esto conduce a una nueva pregunta sobre la eventual exigencia de un elemento subjetivo de justificación. En efecto, piensan algunos autores que la justificante deja de operar, aunque se haya alcanzado el fin pedagógico y el medio empleado hubiere sido objetivamente proporcionado, si el sujeto activo no obró movido por razones educativas sino, por ejemplo, solamente para desahogar su cólera. Habría que distinguir así, para afirmar o negar la justificación, la buena o mala intención del agente.

Los fundamentos en que reposa esta exigencia (evitar el pretexto del fin pedagógico) son, por cierto, inobjetables. Los riesgos a que conduce la incertidumbre de la prueba, sin embargo, aconsejan el énfasis determinante en la objetividad. Como observa Politoff, "el carácter adecuado y oportuno del castigo, así como su razonable moderación, permiten prescindir de los sentimientos íntimos del agente".

Como el Art. 234 C.C. reconoce, a falta del padre, a otras personas que tengan a su cargo "el cuidado <u>personal</u> del hijo" el ejercicio de este derecho correccional, no parece que pueda incluirse a los maestros entre los que pueden lícitamente emplear castigos físicos con fines educativos. Claro es que en este punto la buena fe del agente puede recaer precisamente en la existencia supuesta de tal derecho (auténtica justificación putativa), que excluye el reproche de culpabilidad.

Novoa piensa que en el sistema chileno "los golpes o malos tratos (que) aplicados por vía de castigo sobrepasan lo que conviene a la naturaleza y finalidad de su corrección, pueden dar orígen a la responsabilidad penal agravada que contempla el Art. 400 del C. Penal.

CLASIFICACION Y CAUSAS DE MUERTE

No es fácil intentar una clasificación de las distintas formas de muerte, ya que para hacerlo existen diversos criterios. Por nuestra parte, ensayaremos una con fines exclusivamente médico legales.

A) Natural o por Enf.	Muerte natural o por Enf. propiamente tal. Muerte súbita clínica. Muerte súbita médico legal.
B) Violenta o provocadas	Muerte por homicidio. Muerte por suicidio. Muerte por accidente.

La distinción entre muerte natural y violenta atiende a la circunstancia de haber mediado o no, un hecho extraño en su acaecimiento. En el primer caso, el interés que presenta la muerte para la Medicina Legal es limitado, aunque puede generar problemas jurídicos de importancia cuando se presenta en forma súbita, como lo veremos más adelante. La muerte violenta o provocada, en cambio tiene siempre alcances jurídicos o legales, por la posible comisión de un delito o por las responsabilidades que afecten al patrón o empleado y al asegurador.

I.- Muerte Natural: Expresa muerte causada por enfermedad. Acontece como consecuencia lógica y final de la evolución desfavorable de un estado patológico (enfermedades infecciosas, tumorales malignas, etc).

Algunos han clasificado la muerte natural en "fisiológica" y "patológica", entendiendo por la primera aquélla que ocurre como término normal de la vida, a causa de la vejez; y, por la segunda, la que se debe a enfermedades, tumores u otras causas patológicas. La distinción no es científica, ya que la muerte por vejez se produce siempre a traves de alguna causa patológica.

II.- Muerte súbita: Indica muerte rápida, repentina e inesperada. Este tipo de muerte puede sobrevenir durante el curso de una enfermedad aguda o crónica, como durante un estado de perfecta salud aparente, cuando nada hace prever el desenlace. Se distingue una muerte súbita clínica y otra súbita médico legal. Muerte súbita clínica es aquélla que se produce en un sujeto, al cual se le ha diagnosticado un proceso patológico y que fallece en un momento dado, repentinamente debido a una complicación., No hay señales o antecedentes de violencia. Se presenta como una muerte natural que acontece en forma repentina, no es posible decir que se trata de una muerte sospechosa. Hay antecedentes de diagnóstico; no ha mediado en su acaecimiento un hecho extraño, que haga temer la comisión de un délito o crimen.

La muerte súbita de tipo o forma médico legal, en cambio, es de cuasa desconocida y encierra casa siempre sospecha, duda. Acontece en forma repentina, inesperada, sin causa conocida, en sujetos con buena salud aparente pero que son portadores de una enfermedad latente-compensada, (por ejemplo, aneurisma aórtico, arteriosclerótico, tumor del SNC), cuya brusca descompensación (ruptura en el primer caso, compresión brusca de centros vitales en el segundo ejemplo), es producida por un factor desencadenante (esfuerzo, frío, alcoholismo agudo y otros). Existen también casos muy especiales de muerte súbita de tipo funcional que serán expuestos más adelante.

La evolución del proceso patológico orgánico es larrada, y tanto, que ha pasado inadvertida. Generalmente, son poco claros los antecedentes entregados por familiares o personas allegadas, las que suelen relatar que el día anterior el fallecido se encontraba

en buenas condiciones de salud y que nada hacia presumir su muerte.

Esta muerte encierra, despierta sospecha provocada a menddo por denuncias interesadas o vindicativas: el principio brusco y dramático encierra en efecto la idea del envenenamiento. Esta muerte súbita puede simular, hacer sospechar un crímen si la caída que provoca ocasiona lesiones yuna fractura del cráneo, por ejemplo.

Muerte sospechosa; en buenas cuentas, es aquélla que hace temer la comisión de un delito de homicidio. Es frecuente que se confundan los conceptos de muerte súbita médico legal y muerte sospechosa, porque casi siempre la primera es sospechosa dadas las condiciones en que sobreviene. Sin embargo, hay muchos casos de muertes sospechosas que no son repentinas y en las cuales la duda se presenta por otras causas. Aparte de la muerte repentina de forma médico legal, en las demas muertes sospechosas el elemento que sugiere la duda no es la muerte misma, sino otros antecedentes tales como amenaza, deseos de venganza, robo, etec., que son extraños a la investigación médico legal. En otras circunstancias el fallecimiento es misterioso porque se ha producido sin testigo, en un lugar aislado o en una persona que vive sola.

III.- Muerte violenta o provocada: Los casos de muerte violenta incluyen la muerte por homicidio, el infanticidio, la muerte por suicidio y la muerte por accidente (casual, fortuita).

A).- Homicidio: Se define el homicidio como "la muerte de un hombre por otro hombre", sin agregar otros requisitos, como la ilicitud y la culpabilidad, que son comunes a todos los delitos. Nuestro Código Penal no define el homicidio expresamente y se limita a castigar"al que mata a otro" en los artículos 390 y siguientes.

No nos corresponde hacer el estudio jurídico del homicidio, sino únicamente de su aspecto médico legal. Sin embargo, debemos recordar que se relacionan con él algunas cuestionesque suscitan vivas polémicas, como la de la preterintencionalidad y de la concausalidad, que pueden constituir hechos de la investigación y, por ende, de la pericia médico legal.

En general, hay preterintencionalidad cuando el delito realizado por circunstancias imprevistas, va más allá del delito querido; tiene como particularidad el hecho de mediar un acto ilícito y el dolo, pero dirigidos en una dirección diversa. Es el caso del sujeto que, para vengar una ofensa, da de bofetadas a un sujeto el cual cae al suelo golpeándose la nuca en la solera y falleciendo a consecuencias del golpe.

La concausalidad, en cambio, supone circunstancias especiales en la victima, que provocan un resultado que normalmente no debía producirse; el ejemplo vulgarizado es el de un sujeto que, al recibir una pequeña herida, fallece de hemorragia por ser hemofílico.

Modos de cometer homicidio: Son infinitas las maneras de realizarlo. Los métodos puestos en práctica con más frecuencia son: asfixia intoxicaciones y envenenamientos, y lesiones.

Asfixia: La rama de la Medicina Legal que estudia las asfixias se llama Asfixiología, y comprende, no solo casos de homicidio, sino también los de suicidio ó de muerte por accidente.

Los casos más frecuentes de muerte por asfixia son los siguientes:

a).- Asfixia por óxido de carbono; b).- ahorcamiento; c).- estrangulación; d).- sofocación; y e).- sumerción.

La mayor parte de los casos de asfixia por óxido de carbono (braceros, gas de alumbrado) se deben a accidentes y a suicidio; pero son raros los de homicidio, por razones fácilmente comprensibles, ya que la muerte no se produce súbitamente y la victima puede resistirse largo tiempo, evitando la inhalación de los gases tóxicos.

El ahorcamiento: "suspensión del cuerpo por un lazo atado alrededor del cuello", por regla general, es típico de suicidio; pero es frecuente que se simule un suicidio mediante la suspensión del

cadáver, lo que da lugar a un interesante problema médico legal: saber mediante la autopsia, si la muerte se produjo antes o después del colgamiento. El ahorcamiento homicida es exepcional y requiere una victima debil (niños, ancianos, o victimas en estado de pérdida de conciencia). Suele ocurrir el ahorcamiento accidental (niños al quedar enganchados en los barrotes de una escala, en ramas de árboles, etc).

Estrangulación: es la constriccion violenta ejercida en el cuello de una persona, impidiéndole la respiración y provocando la muerte por asfixia". Puede realizarse con un lazo, en cuyo caso sus característica son semejantes a las del ahorcamiento. También puede realizarse con las manos las que dejan huellas de los dedos, arañazos y otros tipos de lesiones. Este mecanismo de muerte es bastante típico del homicidio y deja huellas, cualquiera sea el método usado, por lo cual el perito está en condiciones de hacer su diagnóstico.

La sofocación, según Etienne Martin, "comprende todos los casos de asfixia traumática en que la causa, criminal, suicida o accidental, consiste en un obstaculo en el trayecto de las vías respiratorias o en un impedimento a la ventilación pulmonar, que no proviene de constricción del cuello o de penetración de un liquido en la tráquea o en los bronquios". En esta definición vemos que son muy variados los casos de sofocación: introducción de membranas vitelinas (infanticidio); oclusión de las vías respiratorias (boca y nariz); compresión de la cara contra el suelo, colchón, montón de ropas, etc. taponamiento de la boca con trapos, algodones y otros, asfixia por compresión del tórax en grandes multitudes, inhumanación en vida, etc. Esta misma variedad demuestra que la sofocación puede deberse tanto a homicidio, como a suicidio o a accidente. La investigación permite encontrar huellas de valor: materias introducidas, lesiones equimótica, en la nariz y boca del muerto causadas por los dedos o las uñas; signos de lucha, etc.

Sumersión es la asfixia por penetración de una materia líquida o semi líquida en las vías respiratorias (Thoinot). No obstante la amplitud de esta definición, la sumersión se realiza generalmente por ahogamiento en un medio liquido: agua de mar, de un rio, de un canal, de un lago.

Por regla general la sumersión se debe a causas accidentales o a suicidio; solo en raras ocasiones es de orígen delictual; en este último caso se encuentran lesiones producidas durante la lucha. Más frecuente es que se arroje un cadáver al agua para disimular un homicidio, pero los peritos están en condiciones de establecer la causa verdadera de la muerte y, al mismo tiempo, anotar la ausencia de los signos característicos de la sumersión.

No siempre se produce en los anegados la muerte por asfixia y se admite, en algunos casos, la posibilidad de muerte por síncope, al caer la victima al agua.

Intoxicaciones y envenenamientos: La rama de la Medicina Legal que estudia la muerte pos substancias tóxicas y venenosas, se llama Toxicología.

Puede tratarse de venenos gaseosos, metálicos, vegetales y alcaloides, ácidos y álcalis, anestésicos, envenenamientos alimenticios. Los tóxicos ovenenos pueden ser ingeridos por cualquier órgano; lo más frecuente es que sean aspirados por los pulmones, por la vía digestiva, por el recto, en forma de enemas o lavados; o por inyecciones hipodérmicas.

Por regla general, puede decirse que la muerte por intoxicación y envenenamiento es característica tanto del homicidio, como del suicidio o del accidente. Dan origen frecuentemente a arduas investigaciones.

Lesiones: Se define a lesiones como "todo daño causado a la integridad corporal o a la salud de las personas por medios mécanicos, quimicos, virulentos o de cualquier otro orden material".

En el homicidio por este medio se encuentran siempre lesiones de gravedad, ya que una simple equímosis no es bastante como pa-

ra provocar la muerte. En general, se trata de lesiones que destruyen órganos vitales o seccionan grandes venas o arterias provocando una fuerte hemorragia; también pueden causar la muerte por inhibición o infecciones secundarias.

Por vía de ejemplo, vamos a señalar las formas más frecuentes de cometer el homicidio, según el agente usado: a) heridas por armas blancas; b) heridas por armas de fuego; c) lesiones por quemaduras; d) lesiones por agentes virulentos.

No so frecuentes los casos de homicidio por quemaduras, aun cuando es común que se trate de ocultar un delito incinerando el cadáver. También se ha hecho uso de algunas substancias químicas, como el ácido sulfúrico, para provocar grandes quemaduras, muchas veces mortales, generalmente por venganza o celos.

El homicidio por agentes virulentos es raro en la literatura médico legal.

B).- Infanticidio: El articulo 394 de nuestro Código Penal define lo que se entiende por infanticidio, diciendo que lo cometen "el padre, la madre o los demás ascendiente legítimos o ilegitímos que, de tro de las 48 horas despupes del parto, matan al hijo o descendiente".

Se trata, como se ve, de un delito de homicidio realizado sobre el recien nacido por determinados parientes; si el delito se comete por los padres, después de transcurridos el plazo de las 48 horas, el delito se convierte en parricidio; y, si un extraño es el que le da la muerte, el delito es homicidio, antes o después del plazo mencionado.

Se comete el infanticidio por: sofocación, estrangulamiento fractura de craneo, inmersión en letrinas, sumersión, lesiones, abandono. El infanticidio por abandono es el caso típico de comisión de delito por omisión. Con posterioridad al parto, es necesario atender inmediatamente al reción nacido, para ligarle el cordón umbilical y también para hacerle la limpieza de boca y narices por si hubiese elementos que le impidan re pirar. La omisión de estos cuidados puede provocar la muerte del niño por hemorragia o asfixia.

C).- Suicidio: Suicidio en términos sencillo puede definirse como "el hecho de darse muerte a sí mismo intencionalmente".

Se ha discutido sobre si debe considerarse el suicidio como un acto delictuoso las legislaciones antiguas así lo entendían, castigando severamente la tentativa y el suicidio frustrado y quemando en efigie, al hechor que consumó su proposito. En los tiempos modernos sin embargo, se ha variado de criterio: el autor y la victima son una misma persona; la pena es ineficaz para repeler el hecho; la pena es inútil, etc.

Nuestro Código Penal no castiga al suicida. En cambio sanciona, en el Art. 393, al que "con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, si se efectua la muerte". Esto es, castiga la cooperación al suicidio, pero no la inducción al mismo. La forma de cometer suicidio es variada: por ahorcamiento por sumersión, por heridas, por tóxicos o venenos, etc. Los métodos usados difieren de uno a otros países y, en ciertos períodos hay verdaderos rachas de moda por algun determinado.

De los medios señalados para cometer el homicidio, vimos que algunos son típicos de dicho delito, per no ser apropiados para el suicidio.: la estrangulación, algunas formas de sofocación los venenos inyectados en sitios inaccesibles para la víctima, las lesiones producidas en los mismos sitios, los disparos de arma de fuegoa distancia. También pueden destacarse, por regla general, de la hipótesis del suicidio: la incineración, los grandes quemaduras por cáusticos y las lesiones por agentes virulentos.

Una forma especial de suicidio es el llamado suicidio-homicidio, muy frecuente en casos pasionales, en que dos amantes deciden poner fin a sus vidas conjuntamente, matando uno al otro y después dándose muerte a sí mismo.

D).- Muerte por Accidente: Se trata de muerte casual o fortui
La muerte por accidente tiene caracteres comunes con las otras a
muertes violentas. Toda muerte violenta o provocada requiere obel
gatoriamente de una autopsia judicial. El diagnóstico de muerte
violenta o provocada accidental requiere la exclusión del homiciax
dio y del suicidio. (En el esclarecimiento del hecho judicial ade
más del informe o testimonio del perito médico jugará gran papel
la investigación policial).El ahorcamiento, generalmente suicidio
puede en ocasiones producirse por accidente: acróbatas, gimnastas,
circenses, etc. La muerte por asfixia debida a sumersión es gene-
ralmente una muerte accidental o se debe a suicidio, pero en raras
ocasiones es de orígen delictual y muy dificil de probar. La pre-
cipitación es un accidente o un suicidio, y en rara ocasión, homi-
cidio. La caída desde un sitio elevado provoca grandes lesiones
internas, desgarros, rupturas, fracturas múltiples, mientras que
las lesiones externas son insignificantes. "Ningún órgano lo resis-
te execpto la piel. "La caída sobre los pies rompe los calcáneos,
el tarso, los maléolos; el cráneo es hundido por la columna verte-
bral y la pelvis por los fémures (fracturas por contra golpe). El
hígado se desgarra verticalmente sobre el ligamento redondo.

La muerte por quemaduras tiene como forma más frecuente la
accidental: esta se observa sobre todo en mujeres y niños; las cir-
cunstancias son bien conocidas: caída al agua hirviente; secado de
los cabellos delante de una fogata; inflamación de ropas de algo-
don al acercar una brasa; manipulación imprudente de bencina o de
eter; esterillas eléctricas durante el sueño; accidentes de avión;
de mina; de incendios, etc. Existen las quemaduras profesionales
ocasionadas por un chorro de vapor, vaciado de fundición, o una
explosión de bencina. Existe también la forma criminal y la quema-
dura suicida. La forma criminal consiste en derramar sobre la vic-
tima petróleo o bencina durante el sueño y prenderle fuego. La que-
madura suicida, por aspersión de un vaso de petróleo sobre la cabe-
za e inflamación con una cerilla, es el modo de suicidio más fre-
cuente en las clases pobres de Egipto. La carbonización es un modo
de disimular un homicidio; se realiza ya sea por un incendiovolun-
tario, intencional, con o sin sustitución de cadáver, ya sea por
la incineración cadavérica en la cocina de un hogar, caldera, u otro.

La muerte por herida de arma de fuego puede ser accidental;
el accidente es manifiesto en ciertos casos, por ejemplo, cuando
la dirección del tiro, indicada por los rebotes ha sido casi verti-
cal. El diagnóstico de homicidio por herida de arma de fuego deri-
va de la exclusión del suicidio o del accidente; lo mismo acontece
con el establecimiento de la hipótesis del suicidio por herida con-
tusa por arma de fuego.

La muerte por envenenamiento puede ser accidental, pero
frecuentemente es suicida u homicida. Las intoxicaciones acciden-
tales no son infrecuentes: las alimenticias son frecuentes especial-
mente en primavera y verano. Hay alimentos que por símismos pueden
ser tóxicos a quien los ingiera: hongos venenosos, mezclados con
hongos comestibles; alimentos contaminados con toxinfección, etc.
Existen también los casos de envenenamientos accidentales en sí:
confusiones de plantas comestibles; perejil con cicuta, bayas de
belladona. Otro error frecuente es la confusión de arsénico con
azucar o sal. Son también frecuentes los envenenamientos medicamen-
tosos (enfermos que se equivocan de frasco, o toman medicamentos
en exceso para ganar una rápida mejoría, etc).

Frecuentemente la muerte por accidente es la consecuencia
de un choque, de una caída o de un atropello. Los accidentes del
tránsito determinan una alta morbilidad y mortalidad. Como causa
de ellos se tiene: no más del 10% se produce por fallas del vehícu-
lo, mal estado de la carretera y otros, y en el 90% restante se de-
ben a fallas humanas, ya sean del conductor o del peatón. La falla
humana puede obedecer a una serie de causas patológicas, sensoria-
les (oído, vista, tacto), o liberación de complejos de inferioridad,

las cuales se podrían llamar "causas intrínsecas", en oposición a las llamadas "causas extrínsecas" y entre las cuales se incluye el alcohol

Las lesiones se producen principalmente en el cráneo, torax abdomen, extremidades superiores e inferiores. Estas lesiones son de diversos tipos: heridas cortantes, contusas, punzantes, fracturas. Se ha bablado de mecanismos clásicos de lesiones en los accidentes del tránsito es decir cuando se trata de atropello de un ciclista o de un peatón, el accidente se descompone en 3 ó 4 tiempos:

1.- Impacto directo: el que se produce en el atropello y generalmente determina fracturas a la altura del para-choque.

2.- Proyección del cuerpo o disfancia: provocando generalmente al caer un impacto de cabeza.

3.- Aplastamiento con desprendimientos cutáneos extensos, hematomas disecantes subcutáneos. En el cráneo atricción.

4.- El arrastre sobre un trayecto más o menos largo. Estas dos ultimas fases del accidente a menudo faltan. Generalmente las lesiones son múltiples, van ubicadas en diversos sitios y con una multiplicidad de formas.

Los accidentes de tránsito y su mortalidad dan orígen a variados problemas médico legales. El automovil por ejemplo puede ser un medio de suicidio, de homicidio, o de disimulación del crimén, con o sin substitución de cadáver. En este último caso el asesino, después de haber matado al automovilista, precipita el coche en un camino tortuoso o contra un árbol y le prende fuego para hacer desaparecer toda huella del crimen y hacer suponer una muerte accidental. En fín, hay el aplastamiento disimulado por el automovilista responsable del accidente, que tira el cuerpo de la victima al agua o lo coloca en una vía férrea.

EL HOMICIDIO

El género-homicidio simple o común-comprende diferentes especies. Comenzaremos con el análisis del género, homicidio simple o común, para tratar a continuación sus diferentes especies, agravadas o no: parricidio, homicidio calificado o "asesinato", homicidio en riña o pelea y cooperación al suicidio.

Homicidio simple. Noción y elementos constitutivos.

"El homicidio coniste en dar muerte voluntariamente a otro".

Tres son los elementos que componen este delito: a) destrucción de una vida humana; aspecto material del delito; b) que la muerte de la víctima se deba a la acción dolosa del hechor, aspecto subjetivo y moral, y c) relación de causalidad entre el resultado muerte y la acción u omisión del homicida.

Los sujetos y el elemento material del homicidio.- Sujeto activo puede ser cualquiera persona, lo que equivale a decir que el homicidio es un delito de sujeto indiferente, a diferencia del parricidio y del infanticidio.

En cuanto al sujeto pasivo, es presupuesto necesario para su integración que lo sea una persona. La existencia legal de la persona principia al nacer, esto es, al producirse la separación completa de la madre (art. 74 del Código Civil). Por lo tanto, no hay homicidio antes del nacimiento. Durante la vida prenatal, el ser humano puede ser víctima del delito de aborto, y dentro de las 48 horas después del parto, de un infanticidio.

No es necesario que el sujeto pasivo reúna determinadas condiciones o cualidades, cualquiera que sean. "Hay homicidio tanto si se mata a un ser bien constituído como si la acción se ejecuta contra un sujeto cuya muerte a corto plazo es segura. El que mata a un agónico o a un condenado a muerte, comete homicidio" (Soler).

La acción consiste en matar a otro, lo que hace del homicidio un delito típicamente material, y puede realizarse por actos positivos (comisión) o negativos (omisión). Los medios empleados para producir la muerte pueden ser físicos o morales, con tal que sean idóneos. "esta idoneidad se aprecia ex post, en el sentido de que también un medio objetivamente no idóneo puede hacerse adecuado por especiales condiciones de hecho, cuando va acompañado de voluntad homicida (como exponer al frío a un recién nacido, o produce alguna presión sobre el cerebro del que, por un herida anterior, carece de una parte de la caja craneana)". (Maggiore).

La idoneidad de los medios morales, que obran psicológica, no materialmente sobre la víctima, como la sorpresa, las contrariedades, las impresiones desagradables o las malas noticias, ha sido objeto de grandes discusiones doctrinarias. Los autores franceses no aceptan su eficacia. Los tratadistas italianos y alemanes, por el contrario, se inclinan a admitir el delito de homicidio provocado por tales medios.

En nuestra ley penal no se divisa, en principio, inconveniente para que pueda admitirse su empleo, Se trata en verdad de un problema de orden procesal que dice relación con la apreciación de la prueba y que el Juez debe resolver tomando en consideración fundamentalmente el conocimiento que tuvo el agente de las circunstancias de hecho que condujeron al resultado. Porque, como se dijo, aún cuando el medio no sea apropiado en apariencias para producirlo, es posible que el actor estuviese en antecedentes que lo permitieron no dudar de su eficacia causal.

Elemento subjetivo o moral.-Algunos autores declaran que el elemento interno del homicidio está representado por la voluntad de matar (animus necandi), debido a que algunas legislaciones mencionan expresamente el próposito homicida en la definición del delito. Esta es sin duda la regla general, pues lo común es que el homicidio se perpetre con dolo directo, que consiste, en la coincidencia entre el resultado producido y la representación y el querer del agente. El animus necandi permite deferenciar el homicidio voluntario del preterintencional, del cuasidelito de homicidio (cuasidelito es daño a otro sin quererlo), del producido por caso fortuito y también del delito fustrado de homicidio

que no es posible sin su concurrencia.

La voluntad homicida es un elemento interno, pero que se exterioriza por hechos físicos que toca al Juez apreciar en cada caso concreto. Entre ellos deben señalarse los medios empleados para la comisión del delito, la región del cuerpo en que se infirió la lesión, las relaciones existentes entre el ofensor y la víctima, las amenazas o manifestaciones hechas por el culpable; si el homicidio se realizó con arma de fuego, el calibre del arma, la dirección y la distancia a que se hizo el disparo, etc.

En el art. 391 del C, Penal la noción del homicidio se encuentra referida únicamente a su elemnto material y en consecuencia, el concepto debe ser complementado por el elemento intencional de la voluntad dolosa. Pero el código no exigió la intención de matar, por lo cual es suficiente que la muerte de la víctima resulte una acción dolosa para que se dé la figura del homicidio, criterio aceptado por los tribunales. En consecuencia, no es indispensable el animus necandi, no obstante que, como dijimos, él es la regla general, sino que el delito en estudio puede ser la resultante de una acción cometida con dolo directo, indirecto (preterintencional) o ind terminado. De esto se infiere que el que causa dolosamente lesiones a una persona, de cuyas resulta ésta fallece, es responsable de homicidio.

Conclusión que, sin embargo no debe conducirnos a afirmar que en nuestra legislación el homicidio es un delito calificado por el resultado, por cuanto es esta clase de infracciones basta la vinculación causal para que el hecho se sancione, sin necesidad de considerar la actitud subjetiva del delinarente frente al resultado producido, mientras que el dolo en el homicidio supone representación del evento delictuoso.

La jurisprudencia se ha inspirado en diversos criterios al apreciar el dolo necesario para configurar el delito de homicida. Algunas sentencias exigen la intención homicida o animus necandi, de suerte que si falta la coincidencia entre la intención y el resultado, estaremos en presencia de un delito de lesiones corporales.

Relación causal entre la muerte y la acción homicida.-Entre la acción homicida y el resultado muerte debe existir un vínculo de causa a efecto.

Homicidio Concausal.- Tiene lugar todo vez que, con intención de matar, el agente ejecuta un hecho que por sí solo es insuficiente para producir la muerte, la que sobreviene por la concurrencia de causas preexistentes, concomitantes o supervivientes ajenas a la voluntad del hechor.

Cuatro requisitos deben concurrir para la existencia del homicidio concausal.

1.- Voluntad de matar, elemnto que lo diferencia del homicidio preterintencional.-

2.- La muerte debe sobrevenir por la concurrencia copulativa de los medios empleados por el delincuente y de determinadas concausas. Aquí ellos vendrían a ser una especie de causa inicial de la muerte. Es preciso que la concausa actué realmente en la producción del resultado, pues en caso contrario sería innecesario considerarla. Así, por ejemplo, en el caso del homofílico que recibe una herida mortal:

3.- Las concausas deben ser desconocidas por el hechor.

4.- Es preciso que las concausas sean independientes del hecho criminal; si son simples consecuencia o derivación de él, nos hallamos ante un homicidio común.

No altera la calificación del delito, la circunstancia que la víctima fallezca por "falta de socorros oportunos y eficaces".

Homicidio Preterintencional.- Existe cuando el agente, queriendo atentar contra la integridad corporal de su víctima, le causa sin embargo, la muerte.

Integran este delito los elemntos siguientes:

1.- Intención o ánimo de lesionar, lo que le distingue y separa esta figura del homicidio concausal. En el primer caso el delincuente tuvo intención de lesionar y produjo la muerte; en el segundo, su intención fué matar; pero la muerte no fue la resultante inmediata y directa de su acción, sino de la concurrencia copulativa de ésta y de determinados factores o concausas, ajenos a su voluntad.

Difieren también ambas formas de homicidio en los medios de que se vale el delincuente. En el homicidio preterintencional la muerte resulta única y exclusivamente de los medios empleados, en el homicidio concausal, de esos medios y de una concausa.

2.- Es necesario que el sujeto no sólo no haya querido la muerte de la víctima, sino que no la haya previsto, siendo, sin embargo, previsible. En estas condiciones, no basta que el imputado logre probar que no se proponía causar el daño que resultó, prueba de su yo difícil, cuando el medio empleado podría razonablemente ocasionar la muerte.

Homicidio por piedad (Entanasia). Se designa con el nombre de entanasia (buena muerte) la muerte que se dá a una persona que padece de un mal incurable y muy penoso, por sentimientos humanitarios y a requerimiento insistente y formal suyo.

Frente a el existen tres criterios bien definidos: el que lo estima causal eximente de la responsabilidad criminal, el que lo aprecia como atenuante y el que no le atribuye influencia alguna sobre la penalidad, este último el de nuestro Código.

Los proyectos chilenos de 1929 y 1938 se inclinan por el segundo de los criterios aludidos.

Parricidio. Comete parricidio el que, conociendo las relaciones que los ligan, mate a su padre, madre o hijo, sean legítimos o ilegítimos, a cualquier otro de sus ascendientes o descendientes legítimos o a su cónyuge, y será castigado con la pena de muerte (Art. 390).

Son elementos específicos de este delito:

a) La relación de parentesco que la ley establece o la unión conyugal (uxoricidio).

b) Conocimiento de dichos vínculos. No basta su existencia para que se configure el parricidio, se precisa además el conocimiento de ellos por parte del hechor, por lo cual no existe este delito, sino homicidio simple o calificado según el caso, si lo ignoraba o por error el mal recae sobre presona distinta de aquella a quien el agente se proponía ofender, Nuestros tribunales han declarado que es responsable de homicidio y no de parricidio el individuo que, en el transcurso de una riña, lesiona a su madre con un palo al interponerse ella entre los contendores, causándole la muerte. Pero la figura en estudio subsiste si el delincuente, con la mira de matar a una de las personas comprendidas en el Art. 390, da muerte a otra que también está incluída en la disposición, a un hijo en lugar de su mujer, por ejemplo.

c) El elento subjetivo en el parricidio está representado de ordinario por la intención de matar (animus necandi).

Homicidio calificado o asesinato.- Se hace reo de este delito el que, sin estar comprendido en los casos constitutivos de parricidio, mate a otro con alguna de las circusntancias siguientes: 1° con alevosía; 2° por premio o promesa remuneratoria; 3° por medio de veneno; 4° con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor al ofendido, y 5° con premeditación conocida (Art. 391, N°1).

Para el delito que técnicamente se designa con el nombre de envenenamiento, se requiere la concurrencia de tres requisitos:

a) Ingestión de veneno por la víctima. (veneno es cualquier sustancia que, introducida en el cuerpo o aplicada a él en pequeña cantidad, ocasiona la muerte o grave trastornos).

b) Intención de matar.

c) Muerte de la víctima.

Homicidio simple o común.- Es el que comete el que mata a otro no estando comprendido en él parricidio ni el homicidio calificado. En consecuencia, para calificarlo hay que proceder por eliminación.

Homicidio en riña o pelea.- No es el homicidio en riña una figura específica dentro del género "matar a otro", sino que tan sólo representa un conjunto de reglas de punibilidad para casos determinados.

Riña o pelea es el acontecimiento recíproco que surge más o menos espontáneo y repentinamente entre dos o mas personas. La espontaneidad excluye la participación criminal. La riña comienza desde que hay vías de hecho. Técnicamente basta para la existencia de la riña la lucha entre dos personas; pero jurídicamente se requiere la concurrencia de tres a lo menos, por que es el hecho de que no haya sido

posible individualizar al autor de la muerte lo que explica que la ley castigue la riña como figura autónoma, independientemente del homicidio.

Integran el delito de homicidio en riña o pelea los siguientes requisitos:

a) Que se haya perpetrado el homicidio en el curso de una riña o pelea, situación que no cabe confundir con el duelo ni con el hecho de repeler en legítima defensa una agresión injusta;

b) Que no conste el autor de la muerte, y

c) Intención de reñir, o sea, de participar en la pelea corriendo todos los riesgos que ella implica, la voluntad de los contendientes de dirigir sus diferencias por medios violentos. Esto hace que no cometa delito el que interviene para separar a los participantes o en defensa de uno próximo a sucumbir.

Para graduar la pena, atenuada respecto del homicidio común, el Código se coloca en dos situaciones distintas.

a) No consta el autor de la muerte; pero sí los que causaron lesiones graves al occiso, y

b) No constando tampoco quienes infirieron dichas lesiones, se castiga a todos los que hubieren ejercido violencia en la persona del ofendido; en otros términos, a todos los que en cualquier forma hayan atentado contra su integridad física.

Cooperación al suicidio. El Art. 393 sujeta a sanción al que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, si se efectúa la muerte.

El auxilio prestado puede ser material, consistente en proporcionar a alguien medios de este orden para que lleve a cabo el suicidio (armas, veneno, etc.), por lo que el cooperador no delinque si el suicida no emplea los medios que la facilitó; o intelectual, como indicaciones acerca del modo de ejercutarlo, de servirse del arma, etc.".

"La simple pasividad ante un intento de suicidio, no puede tomarse como forma de auxilio". Nuestro Código no contempla la inducción que si no se traduce en ayuda, no cae bajo la prescripción legal, porque no constituye auxilio, a menos naturalmente que el inductor ejecute por sí mismo la muerte, caso en el cual existiría un homicidio con el consentimiento de la víctima, que en nuestra ley ninguna influencia tiene en la calificación y penalidad del delito.

Para terminar agregaremos algunos datos sobre Infanticidio.

Infanticidio. El art. 394 del C. Penal define el infanticidio diciendo que lo cometen "el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos que, dentro de las 48 horas después del parto matan al hijo o descendiente.

Es un delito de homicidio realizado sobre el Recién Nacido, por determinados parientes. Si el delito se comete, después, de transcurrido el plazo de 48 horas, el delito se convierte en parricidio, y si un extraño es el que da la muerte, el delito es homicidio, antes o después del plazo indicado. La disposición del Art. 394 fija como momento inicial del plazo el parto de la criatura y no su nacimiento, de manera que existe infanticidio aun cuando legalmente la víctima no sea persona, por no haber sido separada completamente del cuerpo de su madre. Cuando es un tercero el que da muerte al Recién Nacido, antes de haber sido seccionado el cordón umbilical, no hay homicidio ni delito de ningún género, porque el sujeto pasivo del delito no es todavía persona. Para solucionar este absurdo jurídico se ha creado la figura del feticidio.

DIAGNOSTICO MEDICO LEGAL EN LOS CASOS DE MUERTE DESCONOCIDA O SOSPECHOSA

Encargado de investigar los hechos judiciales constitutivos de delitos o crímenes, el Juez, cuando la causa de la muerte es desconocida o sospechosa, solicita el concurso de un médico para que practique la autopsia judicial y con ella dictamine acerca del estado del cadáver y las causas que han provocado la muerte (El Art. 125 del C.P.P. dispone que en los casos de muerte sospechosa, debe procederse siempre a la autopsia del cadáver, aún cuando pudiera colegirse la causa del deceso por la inspección externa del mismo).

Cualquiera que sea la clase de muerte, mediante la autopsia, es dable investigar la causa que la generó. En esta forma se sabe si las sospechas son o nó fundadas. Importa tener presente si, que en términos generales, no hay clase de muerte que no pueda ser generada por un homicidio (inoculación de un virus infeccioso, envenenamiento, etc.). El homicidio puede cometerse por cualquier medio que traiga como resultado la muerte; esto quiere decir que son infinitas las maneras de realizarlo. Para realizar un envenenamiento criminal por ejemplo, basta con reemplazar secretamente, una botella, una bebida, o una medicina por una solución cáustica corrosiva. Por regla general, puede decirse que la muerte por intoxicación y envenenamiento es característica tanto del homicidio como del suicidio o del accidente, y que el perito no está en condiciones de dar ningún antecedente que sirva para dilucidar el problema, salvo circunstancias muy excepcionales en que aparezca el punto donde se colocó la inyección y que, dada su ubicación, sea imposible que se trate de un suicidio. Estas consideraciones justifican el hecho de que la investigación judicial requiera de variados elementos de información: importa ello el que, además, de la información médico-legal, observaciones hechas en el cadáver, examen psicológico del inculpado, se necesite de los importantes datos proporcionados por la investigación policial. La búsqueda de datos es de competencia del juez, que recibe los testimonios y estudia los móviles del eventual delito o crimen.

En los casos de causa de muerte desconocida o sospechosa la autopsia judicial puede revelar una de las siguientes clases de muerte y la causa que la generó:

a) <u>Muerte natural</u>, como consecuencia lógica de un estado patológico que pasó inadvertido; por ejemplo, neumonía en un sujeto que sin contar con concurso

médico fallece sin testigos, en un lugar aislado; otras circunstancias son oligofrenia, sordomudez, senilidad, alcoholismo, etc.

b) Muerte súbita médico legal o muerte natural sobrevenida inopinadamente en persona con buena salud aparente; por ejemplo, supture de un aneurisma congénito de una arteria cerebral, proceso patológico vascular latente compensado, que se descompensa bruscamente por un factor desencadenante tal como un sobreesfuerzo físico o el miedo intenso.

C) Muerte violenta o provocada (casos de muerte por homicidio, suicidios o accidente). Como ejemplo, pueden revelarse muerte por asfixia debido a estrangulación, infanticidio por estrangulación (homicidio típicos); puede comprobarse muerte por asfixia debido a ahorcamiento, caso que por lo general es típico de suicidio; puede tratarse finalmente de una muerte por aplastamiento o pisoteo en las aglomeraciones y confusiones o pánico colectivo por incendio u otras variadas circunstancias.

El diagnóstico médico legal de muerte súbita médico legal y de muerte violenta o provocada, por su gran importancia, requieren de comentario especial

MUERTE SUBITA O SOSPECHOSA

La patología de la muerte súbita difiere según sea en el adulto o en el niño.

Muerte súbita o sospechosa en el adulto. Es frecuentemente difícil establecer con certeza la causa de una muerte natural sobrevenida inopinadamente. Las diversas investigaciones necesarias para establecer un diagnóstico médico legal comprenden: el estudio de los antecedentes, la exploración clínica, las investigaciones necrópsicas e histológicas, y si procede, el análisis toxicológico.

I. Antecedentes. La averiguación de las circunstancias del fallecimiento aporta preciosos datos sobre los antecedentes patológicos del sujeto y sobre las causas ocasionales que han podido intervenir para provocar una muerte súbita. Numerosos factores deben recordarse:

= El sexo: hombres en 3/4 partes de casos; la edad: viejos y niños, los primeros sujetos a afecciones agudas ambulatorias, de marcha insidiosa, y a afecciones crónicas; el frío provoca congestiones viscerales (baño frío); el calor, causa de

síncope en las insuficiencias aórticas por la anemia profunda consecutiva a la hi_ perhemia cutánea; influenciasmeteorológicas, a las cuales se atribuyen las muertes súbitas en serie; así, la elevación de la presión barométrica bastaría para ocasio_ nar hemorragias cerebrales en los predispuestos; estados de digestión y replección gástrica que favorecen el síncope; fatiga, esfuerzo, coito, en hipertensos y cardíacos; alcoholismo agudo sobreañadido al frío; papel importante del miedo, del dolor, o la emoción, cuya localización depende del estado anterior del órgano afec_ to; estado de debilidad orgánica, "agotamiento metabólico" por el frío, la humedad la fatiga, la inanición; herencia: predisposición sincopal.

II. Manifestaciones clínicas. La intervención médico legal tiene lugar después de la muerte. Desde este hecho, la sintomatología que le ha precedido es reconstituí_ da, retrospectivamente, con mucha imprecisión. Un diagnóstico diferencial de los comas, por ejemplo, es prácticamente imposible . Todo lo más, se puede averiguar que el enfermo ha presentado fenómenos intestinales hiperagudos o asfícticos • car_ díacos o convulsivos o comatosos. Se especifica también que la muerte ha ocurrido sin testidos.

III. Observaciones anátomo patológicas. Las muertes súbitas no se acompañan de nin_ guna lesión traumática, salvo si ha habido caída concomitante. El levantamiento del cadáver (examen del lugar del suceso y de las cosas, examen de los vestidos y exa_ men externo del cadáver en busca de huellas de violencia) es, pues, insuficiente; el diagnóstico de apoplegía con frecuencia aportado es inadmisible. La autopsia es absolutamente necesaria.

Desde el punto de vista médico legal, el estudio clásico, aparato por aparato, de las causas de muerte súbita, importa menos que la exposición de las dificultades que encuentra el médico legista para interpretar las observacio_ nes anátomo patológicas. Haciendo un ensayo de sistematización, agrupamos los ca_ sos médicos legales en cinco categorías.

A) Muerte súbita orgánica. Son los casos simples en que la autopsia disipa toda incertitud revelando la existencia de lesiones anatómicas o de destrucciones in_ compatibles con la vida y de causa interna. Se trata indiscutiblemente de una muer_ te orgánica natural, cuya causa vascular, visceral o tisular es patente, tangible:

hemorragia interna fulminante, embolía, ruptura o perforación de órganos, supuración silenciosa o hipertóxica, edema pulmonar agudo, tumor de centro nerviosos, etc. Estos diversos procesos mórbidos de evolución rápidamente fatal se observan en las afecciones siguientes:

1) Afecciones cardiovasculares. La embolía de la arteria pulmonar, causa de muerte súbita o rápida (2,5%); ignorada clínicamente con frecuencia, debe ser sistemática y metódicamente buscada; las operaciones más embolígenas son las prostatectomías por adenomas, la cura de hernia no complicada, las intervenciones por cáncer del colon o recto, los enclavamiento del cuello femoral, las ablaciones de tumores cerebrales, las fracturas de piernas (un caso x 300). Habitualmente, la embolía se observa del 8º al 16º días siguientes a la operación; excepcionalmente después del vigésimo día, pna flebitis puede permanecer latente en los cardíacos; trombosis cardíaca y embolía de las cavidades auriculoventriculares o de las coronarias; ruptura cardíaca consecutiva a un infarto; infarto reciente miocárdico, de la pared anterior del V.I. o del tabique (sufusiones hemorrágicas del miocardio). El infarto del miocardio debe buscarse sistemáticamente en la zona epicárdica enmascarada por la valva interna de la mitral y en la zona miocárdica subyacente, hay que seccionar el pilar principal. Las coronarias pueden estar permeables pese a ateroma moderado aunque suficientemente rígidas para un sobreesfuerzo. Causa importante es también la ruptura vascular (aneurisma o ulceración de placa ateromatosa).

2) Afecciones pleuropulmonares (15% de los casos): edema agudo del pulmón (los pulmones son voluminosos y no crepitan; están ingurgitados de exudado albuminoso, espumoso, asalmonado; existe a veces un complejo cardiorenal significativo: nefritis crónica intersticial e hipertrofia del V.I., o bien una insuficiencia aórtica, o una aortitis sifilítica); congestión pulmonar masiva (gripe); pleuresía latente; hemoptisis fulminante; embolía grasosa (es causa de muerte rápida, algunos instantes, algunos días o algunas semanas); después de un traumatismo que ha ocasionado fracturas localizadas sobre todo en la pelvis, o en las costillas, en los fémures, especialmente en los sujetos de edad avanzada. Ha sido señalada también en los obesos después de una operación quirúrgica. Según Anderson, 150 grs. de grasa liberados en la circulación sanguínea serían necesarios para producir una embolía grave.

3) Afecciones del sistema nervioso (15 a 20% de los casos): hemorragias cerebrales parenquimatosas o ventriculares (ictus apopléctico) acompañadas de hipertrofia cardíaca, de nefritis crónica o de aortitis crónica, etc.; ruptura de un aneurisma de la arteria cerebral basilar media, observada en el 5% de autopsias de sujetos muertos súbitamente; hemorragia subaracnoídea espontánea, frecuente en los jóvenes, reveladora de un aneurisma latente supradinoídeo; hemorragia meníngea por paquimeningitis crónica; meningitis supurada o tuberculosa (esta última hay que buscarla con mucho cuidado, la tuberculosis pulmonar es frecuentemente tórpida en los viejos); absceso o tumor cerebral: edema cerebral con encaje de las amígdalas cerebelosas en el agujero occipital comprimiendo el bulbo

4) Afecciones del tubo digestivo: hemorragias y perforaciones gastrointestinales; oclusión intestinal; apendicitis hipertóxica; pancreatitis hemorrágica con o sin esteatonecrosis; éste representa el 1% de las autopsias de adultos; la forma aguda causa muerte súbita sin sintomatología abdominal; convalescencia de la fiebre tifoídea (bazo grande, ganglios mesentéricos, aumento de las placas de Payer); quiste del hígado.

La hemorragia gastrointestinal fulminante raramente procede de úlcera gastroduodenal crónica, cuya autopsia revela su existencia. Es habitual y sobreviene en plena salud en sujetos jóvenes afectos de úlcera aguda.

5) Afecciones renales: nefritis crónica intersticial con edema pulmonar agudo; tuberculosis renal bilateral.

6) Lesiones de las glándulas suprarrenales: hemorragia; tubérculos caseosos.

7) Lesiones del aparato genital femenino: ruptura de embarazo extrauterino.

B) Muerte súbita o sospechosa, orgánica, sin causa evidente. Las observaciones hechas en el cadáver no son suficientes para establecer, con certeza, el diagnóstico de la afección que ha provocado la muerte. Las lesiones recientes e incluso importantes, sin proceso crónico concomitante, no son características: la muerte natural es posible, pero no cierta. Las intoxicaciones pueden reproducir el mismo cuadro anátomo patológico.

Tal sucede con las siguientes lesiones:

Congestión intensa y generalizada de las vísceras sin significación precisa.

Lesiones gastrointestinales: hiperhemia de la mucosa; equímosis y sufusiones sanguíneas; hemorragias diseminadas a lo largo del tubo digestivo.

Lesiones de hépatonefritis comunes a las enfermedades infecciosas y a las intoxicaciones.

Congestión y edema pulmonares simples (gripe hipertóxica, intoxicaciones, etc.).

Síndrome anátomo patológico de la anoxia; cianosis de la cara y orejas, piqueteado hemorrágico de la nuca, de la espalda; congestión traqueal, de los bronquios, con espuma sanguinolenta; pulmones congestionados, edematizados, con sufusiones sanguíneas y focos hemorrágicos; placas de enfisema subpleural; equímosis subpleurales y subconjuntivales; congestión del hígado, de los riñones, de las meninges. Este sindrome no tiene forzosamente un carácter criminal. Se observa frecuentemente en afecciones médicas de origen interno, asociadas o nó a otras lesiones; ciertos accidentes pueden también provocarlo (sofocación en el curso de una crisis epiléptica, electrocución); se le encuentra igualmente en ciertos envenenamientos (estricnina, óxido de carbono, cianuros).

Congestión de centros nerviosos.

Hemorragias subaracnoídeas debidas a infecciones, a enfermedades hemorrágicas, a hipertensión (epistaxis meníngea), a intoxicaciones. Hemorragias importantes de los centros nerviosos aparecen en ciertas intoxicaciones (ácido cianhídrico, colargol, óxido de carbono, alcohol metílico, morfina, quinina, etc.). o expontáneamente en los jóvenes (hemorragias ventriculares atribuídas a la ruptura de un aneurisma congénito).

Síndrome de Waterhouse = Friedorichsen cuyos síntomas inducen a pensar en una intoxicación: brutal aparición de vómitos con diarrea, cefaleas intensas, petequias en piel y mucosas, convulsiones, hipertermia. Muerte en 24 hrs. por colapso cardiovascular con hipotermia. La hemorragia suprarrenal, la púrpura generalizada, pequeñas ulceraciones a nivel del íleon y las alteraciones histológicas de los ganglios linfáticos y del bazo, permiten el diagnóstico post-mortem.

Ante la incertidumbre diagnóstica, las conclusiones médico legales deben ser prudentes. Investigaciones toxicológicas son precisas en estos casos, cuando los elementos de información mantienen la duda.

C) Muerte súbita funcional con estado patológico preexistente: En este tipo de fallecimiento las observaciones de autopsia no son suficientes para explicar la muerte. Los tejidos y los órganos afectos indican una afección crónica más o menos grve, pero ninguna lesión adicional, ningún hecho anatomopatológico reciente existe.

Los organos alterados han ocasionado un trastorno funcional mortal. Gran número de fallecimientos de éste genero corresponden a fenómenos fisiopatológicos que no dejan vestigio alguno: síncope; crisis de angina de pecho; dilatación cardíaca e insuficiencia aguda de los ventrículos; fibrilaciones ventriculares; arritmia completa; anemia cerebral; espasmo de las arterias cerebrales; colapso circulatorio que traduce un trastorno profundo de la regulación vasomotora.

Aquí, las causas ocasionales mencionadas más arriba, intervienen rompiendo el equilibrio funcional inestable y desencadenando el mecanismo que provoca la "muerte súbita".

Los estados mórbidos crónicos comprendidos en este grupo son las siguientes: Lesiones cardiovasculares (las más frecuentes, 60% de los casos): cardioesclerosis, infarto antiguo del miocardio, aortitis ateromatosa, aortitis sifilítica, endocarditis crónica, estrechez mitral, endoarteritis obliterante progresiva de las coronarias (placas ateromatosas con o sin coágulo sanguíneo) (alrededor del 40% de los casos).

Lesiones de nefritis crónica intersticial, frecuentemente asociadas a lesiones cardiovasculares: riñones pequeños, atrofiados, grnulosos, rojizos. Tales observaciones, sin ninguna otra lesion, autorizada a considerar la muerte natural como probable, con cierta reserva no obstante ante la posibilidad de la coexistencia, en el mismo individuo, de una afección crónica del corazón o de los riñones y de una intoxicación por un alcaloide que puede no haber dejado ningún vestigio orgánico.

D) Muerte funcional por inhibicion. Algunos autores consideran que el mecanismo de inhibicion es invocado excesivamente. Son necesarias tres condiciones para la muerte por inhibición:

1º La muerte súbita o rápida de un sujeto sano.

2º Un traumatismo o una irritación periférica, sobre ciertas regiones del cuerpo, tan mínimos que sólo dejen signos insignificantes o nulos.

3º Ausencia completa de lesiones agudas o crónicas capaces de explicar la muerte. Hay, pues, desproporción y casi oposición entre causa y efecto.

Los fisiólogos han interpretado el fenómeno de la manera siguiente: una irritación nerviosa, de origen externo, mecánico (traumatismo), físico (frío), químico (gas o productos irritantes), ejercida en ciertas regiones (cutáneas o mucosas), provocan por vía refleja la inhibición, es decir la suspensión y paro definitivo de las funciones respiratorias, por acción sobre el bulbo y de las circulatorias por acción sobre el corazón.

Se trata de una muerte refleja. El fenómeno de inhibición es facilitado por un cierto número de causas favorecedoras existentes, en efecto:

= Regiones reflexógenas, conocidas por su sensibilidad especial: la laringe y la mucosa de las vías respiratorias superiores, epigastrio y mucosa gástrica; testículos y órganos genitales femeninos; la piel es también punto de partida de reflejos neurovegetativos de gran importancia (paro brusco del corazón).

= Ciertos estados psíquicos inhibidores: emoción, miedo, dolor,

= Una predisposición constitucional o aptitud neurovegetativa que exagera la reflectividad enhibidora. Esta aptitud viene aumentada por ciertos actos fisiológicos, por ejemplo, la digestión; esto explicaría la frecuencia de la reflección gástrica en las víctimas de inhibición.

Formas médico legales: la inhibición traumática es la más frecuentemente accidental; se observa en muchas circunstancias en las que el problema homicidio por imprudencia se plantea en ciertos casos: choques o golpes sobre regiones reflexógenas; tentativas de aborto; ahorcados, sumersión (ahogados blancos); Jiu=jitsu o boxeo japonés.

Puede ser también profesional: ello explicaría la muerte súbita en los hornos, y de poceros que penetran en espacios cerrados que contienen gases inertes o irritantes.

La estrangulación=inhibición representa la forma criminal del reflejo mortal. La inhibición se observa, finalmente, en el curso de ciertas operaciones

quirúrgicas.

E) Muerte súbita funcional "esencial". Las autopsias blancas, es decir, sin estado patológico visible se observan en 1 x 200 casos, en el adulto fallecido en el hospital.

Tras haber aquejado ligeras molestias, vagas, o súbitamente en plena actividad, en el curso de diarias ocupaciones o en el sueño, el sujeto muere más o menos rápidamente. A veces con ocasión de una emoción: soldado al disparar en el campo de tiro.

Estas muertes súbitas o rápidas hacen pensar en las siguientes afecciones, pero pueden existir otras: colapso vascular (hipotensión arterial y síncope) del golpe de calor; coma diabético, sobre todo en los niños, en los que es rápido y mortal, el coma diabético puede revestir la forma habitual con somnolencia progresiva o la forma cardiovascular con disnea sin la respiración profunda de Kussmaul. Otros "accidentes metabólicos" deben producir la "muerte bioquímica".

En la forma hipertóxica de la gripe, el enfermo cae brutalmente en coma y muerte; la meningitis cerebroespinal puede evolucionar también muy rápidamente: el aspecto opalescente de las meninges alrededor de la hipófisis, la hiperhemia, el edema cerebral orientarán el diagnóstico; retirar sangre del corazón para investigar el meningocóco.

El médico legista no debe olvidar que las intoxicaciones por alcaloides y particularmente por digitalina son capaces de provocar la muerte sin dejar signos apreciables.

Los elementos de información, aportados por los antecedentes y encuesta judicial, toman entonces gran importancia para saber si procede investigaciones toxicológicas indispensables para aclarar el diagnóstico médico legal.

Muerte súbita o sospechosa en el niño. Tal hecho toma un carácter médico legal: frecuentemente encausa a los familiares, tercera persona (nodriza u otros) o médico de cabecera.

En el 35 a 40% de los casos de muerte súbita se trata de un niño. Estos casos se reparten en la forma siguiente del nacimiento a los 15 años: 85% de 0 a 1 año; 12% de 1 a 5 años; 2,2% de 5 a 10 años; 0,8% de 10 a 15 años.

Incluso aquí las circunstancias del hecho, los antecedentes patológicos del niño y sobre todo el reconocimiento psicológico y conocimiento de la

moralidad de los padres, lo mismo que el levantamiento del cadáver, aportan preci_ sas indicaciones, pero ninguna conclusión es valedera sin autopsia.

No nos detendremos en el estudio de las muertes súbitas orgánicas que no presentan ninguna dificultad de diagnóstico y que recuerdan ciertas afecciones del adulto.

A) Muerte súbita o sospechosa orgánica, sin causa evidente.

Infecciones agudas. En los niños pequeños, la bronquitis aguda llamada asfixiante la bronquitis capilar y sobre todo la bronconeumonía puede tener una evolución muy rápida. Estas muertes imprevistas, impresionantes por su brusquedad, dan lugar con frecuencia a intervenciones médico legales. Se requiere en la autopsia de una buena observación macroscópica, de un excelente examen microscópico especialmente en los casos más dudosos.

Gastroenteritis del recén nacido. Puede dar una muerte imprevista más una evolución de algunas horas, o días.

Toxinfecciones hiperagudas. La muerte rápida sobreviene en el curso de la enfermedad o durante la convalescencia. La miocarditis o la insuficiencia suprarrenal aguda son habitualmente las causas admitidas. No se trata de una muerte imprevista, las circunstancias del hecho ayudan al diagnóstico.

Los diferentes órganos no presentan ninguna reacción inflamatoria; el hemocultivo es a veces positivo. El proceso toxinfeccioso provoca la degeneración grasa de las trabéculas hepáticas y la alteración córtico=suprarrenal.

En la difteria, es principalmente durante la tercera semana, en la convalescencia cuando se produce. Además, rinitis diftéricas epidémicas, rápidamente mortales, han sido señaladas en los recién nacidos.

La escarlatina maligna puede matar en doce horas. Las encefalitis parainfecciosas (tos ferina, subéola, gripe), o primitivas, evolucionan rápidamente. La muerte es precedida de convulsiones, somnolencia y después de coma. Las lesiones difusas habituales de la encefalitis se encuentran sobre todo a nivel de los centros bulbares.

Infección latente. Niño de tres semanas, muerto en doce horas, de una mastoiditis supurada latente.

Hipertrofia del timo. Hay hipertrofia del timo en el recién nacido cuando el

peso del él sobrepasa 20 grs. Se admite generalmente que la hipertrofia del timo podría ocasionar la muerte, en el curso de una crisis de sofocación o de una muerte súbita, sin prodromos. La muertensería debido a lacompresión de los órganos vecinos (tráquea, aurículas, vasos o nervios), o a una secreción interna capaz de crear una excitación patológica de los centros nerviosos cardíacos (estado timo cardíaco)

La compresión traqueal y de los bronquios se apoya en ciertos argumentos anátomo clínicos: tiraje, cianosis, angustia, precediendo a la muerte del niño; manchas de Tardieu; estrechamiento o aplastamiento de la tráquea.

El mecanismo de la compresión no puede ser invocado en los casos de "muerte tímica" propiamente dicha.

La hipertrofia tímica se acompaña con frecuencia de un estado linfático caracterizado por la hiperplasia del tejido linfoide amigdalino, faríngeo, retrolingual, de los folículos del baza y del intestino, por la palidez de los tegumentos, y por la obesidad; el niño es grueso, con mejillas blandas y pálidas; es la "constitución timo linfática" de Paltauf, que es considerada como causa predisponente a la muerte súbita e imprevista.

E l niño recién nacido aueja malestar y muere; otras veces presenta bruscamente disnea, cianosis, fiebre, convulsiones y sucumbe en algunos minutos o en dos horas; otras veces la muerte sobreviene b ajo la influencia del miedo, de un fuerte dolor, o con ocasión de una comida abundante, de un baño, de una operación en el cuello, de una infección de suero antitetánico.

Basándose en 87 casos, Simpson, se levanta contra el "mito" del estado timo linfático invocado como causa de muerte súbita. Insiste en un mecanismo únicamente nervioso, funcional, de los fenómenos. El paro cardíaco y la muerte brusca serían provocados por estimulación vagal, sea directamente por intermedio de los presorreceptores aórticos y carotídeos, sea por una vía periférica pasando por las terminaciones sensoriales de la piel, de la glotis, de la pleura, del peritoneo. Estos accidentes serían más frecuentes en los primeros años debido a la habilidad vagosimpática. Un timo voluminoso no sería "anormal" en esta época de la vida.

B) Muerte súbita funcional. Estas son las verdaderas formas médico legales, pues el levantamiento del cadáver y la autopsia no revelan nada o solamente vestigios mórbidos insignificantes. La fragilidad e inestabilidad de los mecanismos regulado

res del niño explican estos hechos. (En 362 autopsias de niños de menos de un año, practicadas en 1946 en el I. de Anatomía Patológica de Estrasburgo, el porcentaje de autopsias blancas fue de 5% o de 3,37%, sin tener en cuenta los prematuros y los nacidos muertos). Por ello está permitido hablar de "muerte súbita funcional". La causa de la muerte puede ser atribuída a un cierto número de estados mórbidos.

Sindrome maligno. Estado tóxico grave, sindrome brusco de palidez e hipertermia, ataques convulsivos sin etiología definida: éstos accidentes dramáticos, mortales en 24 hrs. pueden atacar al recién nacido en plena salud aparente o a continuación de una rinofaringitis o de un catarro estacional. La gripe, la rubeola, el golpe de calor y los trastornos digestivos graves son causa frecuente. Autopsia blanca.

Tetania o espasmofilia. Se presenta en niños de 4 a 18 meses, raquíticos, una forma mortal de laringoespasmo que conduce al síncope y más raramente a la asfixia. En la autopsia: algunas manchas de Tardieu, hemorragias de las paratiroides, lesiones raquíticasfrecuentes, pero discretas.

Coma diabético. Es preciso retirar orina para un examen químico. Insuficiencia suprarrenal hiperaguda, caracterizada por un síndrome pseudobronconeumónico y morfológicamente por una hemorragia suprarrenal.

C) Muerte súbita accidental. Con frecuencia este tipo de muerte da lugar a investigaciones médico legales en relación con pesquisas por homicidio por imprudencia.

Muerte del recién nacido en el lecho de la madre. Al levantarse por la mañana la madre encuentra a su niño muerto y frío; es acusada de haberlo ahogado involuntariamente durante su sueño. Los signos de sofocación (manchas de Tardieu, congestión y focos apopléticos, espuma aérea) debidos a la compresión toráxica han sido excepcionalmente observados. Habitualmente, el niño ha sucumbido a una infección pulmonar aguda (bronquiolitásico, ligero estado broncopulmonar); cuestión tratada más arriba.

Muerte por sofocación. Tiene lugar muy rápidamente en el lactante, por regurgitación de leche, algunas horas después de haber tomado el pecho. En la autopsia se encuentran coágulos de leche en la tráquea y en los bronquios (embolías bronquiales de leche), equimosis subpleurales, congestión pulmonar intensa, enfisema subpleural; hiperhemia de meninges y cerebro. El examen microscópico del contenido

bronquial revela corpúsculos de leche, sudanófilos, gotitas de grasa comparables a las preparaciones obtenidas con los residuos estomacales. El origen vital de estos accidentes es probado por la existencia de lesiones pulmonares asociadas y por la presencia de polinucleares alrededor de los cuerpos extraños lácteos.

La muerte por sofocación puede ser también, en ciertos casos excep_ cionales, la consecuencia de la migración de unáscaris a la tráquea.

Un lactante acostado sobre el vientre, ¿ puede morir por asfixia? Los pediatras consideran que a partir del segundo o tercer mes es capaz de levantar se y de evitar la asfixia, pero si es idiota o retardado psíquicamente, no levanta la cabeza más que a una edad más avanzada.

MUERTE SUBITA Y TRAUMATISMO

Shock traumático. En presencia de un cadáver, sin tara patológica, con heridas que han sangrado poco e insuficientes para explicar la muerte sobrevenida muy rápi_ damente tras un traumatismo, el perito debe pensar en shock traumático. Este meca_ nismo mortal se produce cuando el traumatismo produce un dolor intenso (lesión de los ~~grandes~~ troncos nerviosos) o destrozos, dislaceraciones musculares importantes (autointoxicación por los productos resultantes de la destrucción celular).

El shock traumático mortal puede ser también la consecuencia de per_ turbaciones neurovegetativas que da lugar a un "síndrome maligno", comparable al de los estados infecciosos o tóxicos.

Se ha dado una nueva explicación del shock traumático por los que lo consideran como el primer estadio del síndrome general de adaptación de Seyle.

(La autopsia de los sujetos muertos de shock muestra una dilatación capilar generalizada, de predominio visceral; hígado y riñones presentan hemorra _ gias intersticiales; mesos congestionados; rellenos de líquido serosanguinolento; derrame sanguinolento en las serosas.)

El edema cerebral de origen traumático se acompaña de congestión y de raptus hemorrágico de las meninges y del tejido nervioso; las amígdalas cerebelo_ sas se hunden en el agujero occipital; derrame abundante de líquido; aplanamiento de las circunvoluciones; ventrículos dilatados llenos de líquido; cerebro blando; piqueteado hemorrágico.

Microscópicamente: edema perivascular o pericelular; disociación de la neuroglia por el líquido.

El frío, la humedad, la fatiga, la inanición, el alcoholismo agudo son otros factores que favorecen el shock traumático.

Existen otros casos en que ni el shock traumático, ni la inhibición intervienen; las violencias son ligeras y las lesiones son insignificantes. (Bofetada, puñetazo en la cara). La muerte de un muchacho de 15 años, con timo persistente, ha sido inmediata en un caso; la de un joven de 23 años ha sobrevenido 12 hrs. más tarde. En los dos casos, sin antededentes patológicos, se ha observado intensa congestión pulmonar en la autopsia.

Estado mórbido anterior. En la autopsia de los sujetos muertos súbitamente a continuación de un esfuerzo inusitado más o menos violento, o de una viva emoción colérica o de espanto, se descubre con frecuencia una arteriosclerosis coronaria obliterante, o la esclerosis del miocardio o una aortitis crónica.

El alcoholismo agudo o crónico predispone a la muerte súbita o rápida accontinuación de traumatismo incluso ligero. en muchas ocasiones la autopsia, los análisis bioquímicos y los exámenes microscópicos del hígado y riñones muestran que la víctima estaba afecta de diabetes grave.

E jemplos: Un hombre, alcohólico comprobado, fue encontrado muerto en la calle a continuación de una caída. Autopsia: lesión insignificante en protuberancia occipital; congestión marcada pulmonar; alcoholemia de 3,2 x 1.000

Caída de bicicleta muerte 12 hrs. más tarde. Lesiones banales de caída, sin gravedad. Asfixia por congestión y edema pulmonar: Alcoholemia de 3,2 x 1.000.

Muerte que sobrevino media hora después de haber recibido un par de bofetadas. Hematoma subaracnoídeo. Sujeto alcohólico crónico.

MUERTE SUBITA Y ACCIDENTE DEL TRABAJO

En ocasiones la muerte súbita se configura como un accidente del trabajo. A veces, sin causa aparente, un obrero sucumbe rápidamente durante el trabajo, no es suficiente para aplicar la ley de reparación de accidentes del trabajo. Los derechos habitantes deben demostrar que ha habido relación de causalidad entre la muerte y el trabajo, que no hay solamente coincidencia, sino consecuencia directa inmediata.

Si la muerte ha sido causada no por el trabajo, sino por una afec_ción independiente de toda causa externa, la Ley no puede ser invocada.

MUERTE SUBITA MEDICO QUIRURGICA

La muerte súbita se observa en un cierto número de intervenciones quirúrgicas. En un primer grupo se colocan las operaciones endolaríngeas, la dila_tación anal, el cateterismo uterino que desencadena a veces un reflejo inhibidor mortal. En el segundo grupo figuran: la punción pleural, la tóracocentesis, la pun_ción lumbar, la inyección de suero antitetánico. La muerte se debe a varios meca_nismos: edema pulmonar a vacuo; hemorragia de los centros nerviosos; shock bulbar; embolía gaseosa; anafilaxia. La autopsia muestra con frecuencia taras orgánicas preexistentes y más especialmente lesiones miocárdicas.

La muerte súbita post=operatoria se observa sobre todo tras inter_vención quirúrgica en un órgano infectado de faringe, abdomen, excavación pelviana, La infección determina una flebitis profunda, punto de partida de la embolía mortal.

Cuabdo tal suceso se produce en su domicilio, el médico debe poner a cubierto inmediatamente su responsabilidad penal y civil declarando el falleci_miento y solicitando autorización del traslado del cadáver.

MUERTE SUBITA Y CERTIFICADO DE DEFUNCION

Para evitar resultar involuntariamente cómplice de una abortadora o de un criminal (envenenamiento), el médico llamado a certificar la muertensúbita o rápida o sospechosa de una persona que él no ha cuidado, debe rehusar firmar el certificado de defunción, por, las razones siguientes:

= Los certificados de defunción no son una obligación impuesta por la ley al médico; nadie puede apremiarle más que un comisario de policía o un ma_gistrado.

= E l certificado de defunción exige indicar la causa exacta de la muerte. El práctico que no ha sido médico de cabecera de una persona en su agonía o fallecimiento se encuentra en la imposibilidad de conocer esta causa, salvo en los casos indiscutibles de accidente grave (estallido, explisión, quemaduras, etc).

= El rehusar el médico extender el certificado de defunción tiene so_lamente por consecuencia retarda la inhumación hasta que la justicia conceda el per_miso de inhumar, tras haber procedido a una investigación policial y, eventualmente

a observaciones médico legales (levantamiento del cadáver o autopsia)

= Proporcionar un certificado firmado en estas condiciones, toma el carácter de un certificado de complacencia, es decir, de una falta profesional, puesto que el médico firmante certifica un diagnóstico de fantasía. La firma del médico podrá hacer cómplice de un individuo responsable de una muerte criminal.

MUERTE VIOLENTA O PROVOCADA

Cuando el diagnóstico de muerte natural y de muerte súbita médico legal han sido descartados, hay que considerar tres hipótesis: suicidio, homicidio, accidente. Aquí trataremos de los datos generales que intervienen en la discusión del suicidio, ~~del homicidio y del accidente~~.

A) Diagnóstico de suicidio. Problemas médico legales a que da origen el suicidio.

Los problemas médico legales que da origen el suicidio se refieren siempre al diagnóstico diferencial entre homicidio, suicidio y accidente, ~~que hemos estudiado anteriormente~~. Abordando el problema en cuatro direcciones distintas y buscando su convergencia en un mismo punto, puede establecerse la veracidad del suicidio.

Los elementos de información indispensables se componen de:

1º Datos proporcionados por la investigación policial: lugar del suceso, carta, testiminio, que a veces bastan para certificar el suicidio, oque no son contrarios a esta hipótesis.

2º Observaciones hechas en la autopsia del cadáver, que aportan precisiones interesantes sobre causas y condiciones de la muerte: ausencia de señales de violencia y de lucha; presencia del arma en posición normal en la mano de la víctima, a menos que se trate de arma defensiva; presunción de la decisión para escoger el arma o ejecutar el acto; situación de las heridas por instrumento punzante o cortante en "lugar de elección" del suicidio (muñecas, codos, cuello, corazón); dirección favorable de éstas; cicatrices de tentativas anteriores (muñeca); actos de supervivencia, que explican la ausencia del arma o los desplazamientos de la víctima.

La ausencia de signos de lucha, que haya precedido a la muerte, tiene especial importancia, lo mismo que la ubicación de las lesiones, ya sean de armas blancas o de fuego; ciertas heridas son excluyentes de la posibilidad del suicidio, como las ubicadas en la espalda o en la sien izqda. (salvo que se trate de un zurdo).

En los suicidios por arma de fuego se encuentra, por lo general, señales del fogonazo y tatuaje; también la deflagración de la pólvora deja signos en la mano utilizada y es frecuente que, por el espasmo cadavérico, el arma quede sujeta entre los dedos.

En los casos de homicidio-suicidio, debe estarse a la posición en que se encuentran los cadáveres y a la ubicación de las heridas, para resolver quién fue el agente activo.

3º Indicaciones sobre el estado de los vestidos, no desgarrados sino deparados o bien cuidadosamente abrochados, pues, frecuentemente, para matarse, el sujeto se lesiona directamente el cuerpo o solamente a través de la camisa, la cual sólo presenta perforaciones o cortes correspondientes a las heridas.

4º Datos de origen psiquiátrico que es preciso buscar sistemáticamente. El conocimiento de las condiciones psíquicas del suicida, permite reunir la causa determinante (constitución o herencia psicopática o neuropática, alcoholismo crónico) o la causa ocasional (angustia, crisis de depresión psíquica, miseria, ruina, enfermedad) que hacen comprender el mecanismo psicológico del acto y su móvil intelectual.

El suicidio aparece como la manifestación de una "psicosis reaccional" que la narcosis exploratoria bambiánica exterioriza en los rescatados. Así, fuera de los grandes síndromes habría siempre un estado ansioso, depresivo u emotivo que prepararía y determinaría el suicidio; si no hay psicosis antes del acto, existiría un estado psicopático en el momento del acto. Esta concepción del suicidio mórbido es admitido por gran mayoría de autores. Si hay conciencia de estas cuatro fuentes de datos, se puede certificar el suicidio; pero si uno de los elementos de información falta, es preciso mostrarse prudente y no afirmar el suicidio.

B) Diagnóstico del homicidio. Problemas médico legales a que da origen. Igualmente la confrontación concordante de cuatro, y si es posible, de cinco fuentes de información permite certificar un homicidio.

a) La búsqueda de datos es de la competencia del Juez que recibe los testimonios y establece los móviles del crimen. Debe también demostrar la intención criminal sin la cual no habría culpabilidad.

b) Colaboran activamente con la labor de los jueces del crimen la llamada Policía Técnica o Científica; ella investiga los delitos por las pesquisas sistemáticas de

los rastros, huellas y demás indicios dejados por el autor. Para estos objetos, se usa generalmente de tres métodos, que constituyen otros tantos departamentos de una policía bien organizada: a) el Servicio de Investigaciones, formado por agentes o detectives; b) el Laboratorio de Policía Técnica; y c) el Servicio de Identificación. La labor de los agentes o detectivos es eminentemente indagatoria, o sea, de pesquisa judicial, como se le llama frecuentemente. Sin embargo, en nuestro país comprende una labor preventiva, esto es, de evitar la comisión de delitos.

El objeto de los Laboratorios de Policía Técnica no difiere del señalado anteriormente, pero ellos se organizan separadamente porque su misión está restringida a solucionar los problemas de orden técnico que se presentan durante la investigación; al efecto, cuenta con peritos biólogos, químicos, médicos, calígrafos, balísticos, fotógrafos. En nuestro país este Laboratorio se llamaba de "Criminología", pero esta denominación fue cambiada por la de "Policía Técnica" en el año 1939, en vista de su anfibología, ya que se llaman comúnmente, con el primer nombre, los que se dedican al estudio de la personalidad de los delincuentes, como ocurre con el departamento anexo a la Penitenciaría, que también aquí en Santiago existe.

La participación de la Policía Técnica en el examen del lugar del suceso, en el sitio en el cual se cometió el delito es de gran importancia, ya que permiten descubrir todos los elementos que puedan orientar y ayudar la investigación judicial. Salvo en los casos de flagrante delito el hecho judicial ha desaparecido cuando interviene la justicia. Se trata de reconstituirle, es decir, de buscar y utilizar lo que subsiste hoy para saber lo que pasó ayer. ¿Porqué medios? Con las pruebas judiciales, de las que las de mayor importancia son las pruebas indiciales. En caso de crimen, la investigación meticulosa y ordenada de todas las pruebas médico legales da lugar a una operación especial llamada levantamiento del cadáver. Es una misión médico legal, frecuente e importante, que puede ser confiada a todos los prácticos bajo requerimiento judicial, en los casos de muerte violenta o sospechosa.

Primitivamente, se limitó el examen externo del cadáver, con el objeto de buscar si la muerte era el resultado de un suicidio, de un accidente o un crimen. Pero los progresos de la criminalística han permitido darse cuenta de la importancia de las pruebas materiales que deja siempre el culpable en los lugares

en los lugares del crimen, al lado del cadáver o sobre el cadáver. La búsqueda de estas huellas reveladoras representa el objeto esencial de lo que se llama las <u>observaciones sobre el lugar del suceso.</u>

El levantamiento del cadáver se compone, no solamente del examen del mismo donde haya sido descubierto, sino incluso de investigaciones de orden médico efectuadas, a solicitud de la autoridad judicial, con objeto de descubrir los inicios de un crimen así como las huellas, del asesino. El levantamiento del cadáver tiene por objeto específico el aportar datos precisos sobre la forma médico legal de la muerte (suicidio, accidente, asesinato); sobre las fases de la agresión; sobre las circunstancias de la lucha; sobre la identidad del cadáver y del asesino. Un levantamiento del cadáver, bien conducido, se desarrolla en tres tiempos:

1. <u>Examen del lugar del suceso y de las cosas.</u> Las pruebas materiales utilizables, que señalan el paso de un malhechor (o que indican un suicidio), se componen de los siguientes elementos:

a) desorden de muebles y objetos;

b) piezas de convicción: armas o instrumentos diversos; útiles de robo y aparatos de iluminación; recipientes, frascos sospechosos;

c) huellas reveladoras: impresiones digitales; huellas de paso, de dientes, etc.; huellas de robo; huellas de vehículo; pelos, manchas orgánicas (sangre, esperma, orina, manchas obstéricas, etc)

La primera misión de la policía, al conocer el hecho de la comisión de un delito, es la de ponerlo en conocimiento de la justicia ordinaria. Al mismo tiempo debe concurrir al lugar del suceso para protegerlo de intromisiones extrañas, que puedan destruir las huellas o alterar el orden de las cosas; y también para mantener aislado al posible autor y a los testigos del hecho.

La inspección del lugar consiste en la observación minuciosa y metódica del sitio del suceso. La fijación misma del sitio del suceso se verifica por la descripción escrita de los datos de la observación, por el levantamiento de un plano y por la topografía del mismo y de los detalles de importancia a cargo del servicio de identidad judicial. Deben protegerse las huellas con tira de papel engomado y deben envolverse separadamente las piezas de convicción en papel apropiado. En el curso del levantamiento el magistrado recoge las piezas y aplica los precintos sellados que son custodiados bajo llave.

2. Examen de los vestidos. Los vestidos proporcionan dos clases de datos: elementos de orden judicial e índices relativos de la identidad de la víctima.

El examen de los vestidos se une en ciertos casos particulares, el estudio de las telas, de cuerdas y de los papeles que han servido para atar a la víctima o empaquetar el cadáver. Los nudos serán igualmente objeto de examen especial. Puede presentar un carácter profesional muy significativo.

3. Examen externo del cadáver. Observar en primer lugar la posición, la actitud del cadaver y el aspecto de sus facies. Pertenece a los inspectores fotógrafos de la policia judicial fotografiar el lugar del suceso y el cadaver donde aparezca

La hora del levantamiento del cadáver y los fenómenos cadavéricos (enfriamiento, lividoces, rigidez), deben ser precisados. Entonces empieza la busca de huellas de violencia por exploración completa y sistemática de todo, el cadáver: boca, cuello, ano, genitales, etc., etc. Los peritos en esta materia están en condiciones de señalar el arma con la cual fue producida una determinada lesión. En especial los balísticos pueden individualizar el revólver, pistola o fusil, etc. del cual fue disparada la bala que se encuentra en el sitio del suceso o en el cuerpo de la víctima; más todavía, con el arma a la vista, tienen la posibilidad de afirmar o negar si ella fue la causante de la lesión, por los pequeños defectos que siempre existen en ellas, los que se graban en la correspondiente bala.

La Policía Técnica se ocupa también de numerosos otros problemas de importancia para la investigación judicial, como ser: el examen pericial de los documentos escritos, la revelación de escrituras secretas, el descubrimiento de monedas y billetes falsos, etc.

= Si el levantamiento del cadáver es negativo debe pensarse en envenenamiento o muerte súbita: la autopsia se hace indispensable.

El técnico al que la Justicia confía un levantamiento del cadáver está encargado de una importante misión, puesto que perjudica una investigación a veces o legitima el inicio de una información.

C) La autopsia del cadáver (labor del médico o médico legista) aporta importantes elementos en favor del homicidio: heridas variadas, no localizadas en lugar de elección suicida; señales de lucha de formas diversas: infiltraciones sanguíneas en las articulaciones de los dedos, si para maltratar a la víctima, el agresor le ha sujetado las manos y llevado los dedos en hiperextensión; cabellos arrancados al asesi

no; huellas de la dentadura de la víctima, presencia bajo las uñas de sus dedos de trozos dermoepidérmicos ensagrentados, procedentes de arañazos hechos en defensa; estigmas ungueales y equímosis alrededor de los orificios respiratorios, huellas de tentativas para ahogar los gritos de la víctima; heridas aberrantes, que indican golpes infructuosos; heridas de defensas o de protección, situados en el borde del antebrazo, de la mano, en la cara palmar, debido a que la víctima trata de detener los golpes o sujetar el arma que le ataca; si el arma es un instrumento contundente las lesiones consisten en contusiones y fracturas (las lesiones por instrumentos contundentes: martillo, hacha, son generalmente homicidas).

Otras particularidades: presunciones importantes, si las manos del cadáver no tienen manchas de sangre; si el arma está situada torpemente para disimular un suicidio; si hay discordancia entre localizaciones de livideces cadavéricas y posición del cadáver; grave presunción criminal si el cadáver ha sido despedazado, incinerado o inhumado.

El examen interno, meticuloso y sistematizado es de capital importancia.

4. Los vestidos desgarrados, en desorden, con huellas sangrantes, manchas sospechosas, son indicaciones de lucha.

5. El examen del inculpado puede poner en evidencia: señales de lucha (erosiones epidérmicas, arañazos en la cara, manos o partes descubiertas, mordeduras de los dedos); manchas de sangre en los vestidos, señales de lavado, etc.

La investigación del delito de homicidio da lugar a numerosos problemas médicos legales, de los cuales tan solo algunos pueden ser resueltos en forma absoluta, con los antecedentes que proporciona el cadáver. Se refieren a esta materia los artículos 121 al 137 del Código de Procedimiento Penal.

Se requiere del perito médico o médico legista, establecer:

A). Causas inmediatas de la muerte. (Art. 126). Para establecer la causa inmediata la muerte es necesario la autopsia del cadáver. El examen de los órganos afectados por una herida o una contusión, de los tejidos necrosados por la obra de los caústicos o quemaduras, de los venenos o tóxicos existentes en las vísceras, etc., permite resólver este punto en forma casi categórica.

B) Establecer si las lesiones se deben a acto de un tercero.(Art. 126 Nº 1). Este punto es de gran importancia vital para establecer si se trata de un homicidio, de un suicidio o de un accidente. Por regla general, las lesiones pueden deberse a cualquiera de estas causas, salvo que se encuentre en una región del cuerpo que exclu

la posibilidad que puedan ser inferidas por la propia víctima.

La multiplicidad de las heridas es un antecedente para sostener que no se trata de un accidente; en cambio nada agrega respecto de si es homicidio o suicidio. Son muy frecuentes los casos de cadáveres de melancólicos, histéricos, epilépticos, suicidas, en que existe gran número de heridas, muchas de ellas mortales.

En las heridas por arma de fuego la falta de tatuaje y demás signos del disparo a corta distancia, excluyen la posibilidad del suicidio, así como el orificio de entrada en una región inaccesible para la víctima.

C) Establecer si la muerte es consecuencia necesaria de las lesiones. (Art.126 Nº2). Esta disposición plantea el problema de la concausa a que anteriormente nos hemos referido. El perito debe decidir si la naturaleza de la lesón es suficiente "per se" para provocar la muerte, o si "han contribuído a ella alguna particularidad inherente a la persona, o un estado especial de la misma, o circunstancias accidentales, o en general cualquiera otra causa ayudada eficazmente por el acto del tercero". Los ejemplos más frecuentes, a que recurren los autores, son la hemofilia y la diabetes de la víctima.

En la segunda parte de la disposición copiada, se hace referencia al delito preterintencional, en el cual el resultado va más allá de la intención del hechor. Así, una herida con cortaplumas en las extremidades inferiores de la víctima, que, normalmente, es una lesión de menor gravedad, puede provocar la muerte por sección de la arteria femoral.

D) Establecer si se habría podido impedir la muerte con socorros oportunos. (Art. 126 Nº3). Este punto no presenta, por regla general, dificultades apreciables al perito, aunque no se divida la razón que pueda haber tenido el legislador para incorporarlo al texto legal, ya que no cambia la naturaleza del delito, cualquiera que sea el resultado a que se llegue. De todas maneras, es importante hacer presente que se trata de un punto esencialmente relativo, que no puede establecerse en forma absoluta y categórica.

E) Posición de la víctima y del agresor. Es importante conocer la respectiva posición en que se encontraba la víctima y el agresor, en el momento en que se produjo la lesión homicida. En la autopsia puede establecerse, no solo la naturaleza del arma vulnerante, sino la dirección en que fue inferida la lesión, esto es, desde arriba hacia abajo o desde la izqda. hacia la derecha o viciversa, ya se trate de armas blancas o de fuego. En el caso de las últimas, también es posible determinar la distancia aproximada del disparo.

F) Posición del cadáver en el momento de la muerte. Las rigideces cadavéricas, las lividece s y la hipostasis viscerales sirven para establecer la posición en que se encontraba el cadáver en el momento del fallecimiento, salvo que se hiciere su tras_ lado con poca posterioridad.

G) Epoca de la muerte. Los fenómenos cadavéricos sirven para resolver el problema con relativa exactitud.

H) Orden de las heridas. En los casos en que el cadáver muestre diversas heridas, se presenta el problema de saber cuáles de ellas se infirieron primeramente, cual o cuales son mortales y cuales fueron inferidas en la agonía o después de la muerte. El Art. 131 del C.P.P. se refiere a los casos de cadáveres encontrados en el agua. Ordena establecer la causa verdadera del fallecimiento y excluir la hipótesis de la asfixia, aun en el caso de encontrarse el cadáver en el agua. El Art. 131 del C.P.P. exige que se averigüe: "1º si la muerte ha sido resultado de la asfixia producida por el agua; 2º si ha sido causada por alguna enfermedad de que padeciera el difun8_ to; 3º si la sumersión fue posterior a la muerte".

El mismo informe aporta antecedentes de gran valor para saber si se trata de un homicidio, de un suicidio o de un hecho causal.

E l Art. 135 Nº 1, se refiere a establecer si la muerte se debe a ahorcamiento. La investigación del ahorcamiento debe dirigirse, también, a estable_ cer si la muerte se debe a a asfixia por este medio o si se ha súspendido un cadá_ ver para simular un suicidio. No es imposible que se cuelgue a un sujeto estrangu_ do (homicidio típico), cuya muerte por asfixia no difiere mayormente de la que su_ fre el ahorcado.

El Nº 2, del mismo Art. 135 del C.P.P., exige que se investigue si la víctima "se ahorcó a sí misma o fue ahorcada por otro". Los signos de lucha y o_ tros son antecedentes para resolver este problemaque a veces presenta grandes difi_ cultades.

El Código de Procedimiento Penal es su Art. 133 señala la forma de proceder en la investigación del infanticidio y dice que " si se pesquisa el delit_ do infanticidio, el Juez tratará de acreditar por los medios legales, y especialme_ te por informes facultativos, si la presunta madre estuvo embarazada, cual fue la época probable del parto, si la criatura nació viva y en estado de poder vivir fu_ ra del seno materno, las causas que, probablemente, han producido la muerte y si el cadáver se notan lesiones".

Esta disposición legal en unión con la del Art. 394 del Código Penal, nos señalan los principales problemas de órden médico legal que se presentan durante la investigación del delito de infanticidio; ellos son: A) embarazo de la madre y epoca probable del parto; B) nacimiento del niño con vida; C) viabilidad del recien nacido; D) causas naturales o criminales de la muerte; E) momento en que ocurrió la muerte; y F) estado mental de la parturienta.

La investigación del delito de aborto está establecida en el Art. 134 del C.P.P. Nosotros podemos definir el aborto criminal como la interrupción del embarazo, provocada ilícitamente (acto no permitido legal ni moralmente), en cualquer período de su evolución. El Art. 134 del C.P.P. establece que en el "caso de aborto se hará constar la existencia de la preñez, época del embarazo, los signos demostrativos de la expusión del feto, las causas que la hubieran determinado y la circunstancia de haber sido provocado por la madre, o por un extraño que hubiere procedido, ya sea con su consentimiento, ya sea ejecutando en ella actos de violencia, ya por fin, abusando de su oficio de facultativo".

(Nuestro Código Penal en su Art. 345, autoriza implícitamente el aborto terapeútico al castigar unicamente al médico que cause un aborto abusando de su oficio. Esta disposición legal debe entenderse complementada por la del Art. 226 del Código Sanitario, que establece que "sólo con fines terapeúticos se podrá interrumpir un embarazo" y señala las condiciones que deberá cumplir el médico para justificar su actuación, las cuales son: proveerse de la opinión de otros dos médicos y, en casos de urgencia o falta de otros médicos, dejar constancia de dicho hechos ante testigos. Es decir, la ley quiere evitar que un facultativo pueda realizar un aborto clandestino).

El Art. 134 del C.P.P. determina la forma cómo debe procederse a la investigación del delito de aborto. Ellos son: a) comprobación de las maniobras abortivas; b) estado de preñez de la madre; c) periodo de la gestación; d) naturaleza del aborto (natural, accidental o provocado). La conclusión a que llegue derivará especialmente de eliminación del último factor: las maniobras dejan numerosas huellas y así, por ejemplo, una perforación gangrenosa del útero, demostrará casi con seguridad que se trata de un aborto provocado.

9) Diagnóstico muerte accidental. Problemas médico legales a que da origen. El diagnóstico de muerte accidental o causal requiere descartar homicidio, suicidio con un ejemplo "Atropello por Tren"; a continuación discutiremos la investigación médico legal en los

casos de accidente por automóvil.

Ante un cadáver descubierto en la vía ferrea, tres preguntas se plan tean a los investigadores y al perito médico o médico legista: ¿Se trata de un suici_ dio, de la caída accidental de un tren o de un atropello post = mortem, destinado a disimular un homicidio?

1º Caso de suicidio. Para pensar en suicidio, es indisppnsable reunir todas las informaciones concordantes procedentes del levantamiento del cadáver, del examen de los vestidos, de la autopsia, así como de la investigación realizada sobre las circuns tancias psicológicas de la desaparición de la victima. Las piedras y el rail muestran salpicaduras y manchas de sangre coagulada. La autopsia muestra generalmente que el cuerpo ha sido seccionado transversalmente a la altura del cuello o del abdomen; las partes blandas están recubiertas de polvo negruzco, pegajoso y sangre, que desaparece por lavada; la columna vertebral está partida, resultando la decapitación o la divi_ sión en dos pedazos; la piel es seccionada con bastante regularidad y está despegada; las zonas cutáneas comprimidas por las ruedas forman bandas apergaminadas.

Para encontrar algunas infiltraciones de sangre coagulada hay que dise car los tejidos hasta cierta altura.

Las observaciones más interesantes alcanzan a los vasos seccionados (carótidas o aorta, ilíacas). Buscadas con cuidado, muestran lesiones que presentan los caracteres vitales: manchas equimóticas, desgarros transversales de la tunica interna de las arterias, contusión equimótica de las venas. Otras lesiones vitales son hemorra gia de los cuerpos vertebrales, aspiración de sangre en los lóbulos pulmonares infe_ riores, microscópicamente comprobada (decapitación vital). Las observaciones médico legales son completadas por una investigación psiquiátrica y confrontadas con los da_ tos de la encuesta policial.

2º. Caso de atropello post=mortem por tren. Las observaciones que desvían la aten_ ción en favor de tal hipótesis son las siguientes: ausencia de hemorragia en el lu_ gar del atropello, cuando los vestidos están manchados con sangre; discordancia cro_ nológica de las lesiones traumáticas; las lesiones criminales, anteriores al atrope_ llo, son portadoras de los caracteres vitales; las lesiones post=mortem son exangües; los vestidos, sombreros, zapatos; no se presentan ensangrentados ni desgarrados, mien_ tras que la región correspondiente está aplastada.

3º Caso de caída accidental de un tren. Todas las lesiones son vitales y reparti_ das en puntos muy diferentes del cuerpo. Las secciones completas se encuentran princi

palmente el los miembros.

ACCIDENTES DE AUTOMOVIL.

El automóvil es, para los enemigos de la sociedad, un verdadero instrumento de robo y homicidio. Hay también toda la delincuencia especial originada de la locomoción automovilística. Las infracciones de los reglamentos de circulación por carretera son a menudo el origen de accidentes numerosos que plantean problemas de responsabilidad penal o civil. Las estadísticas señalan que un peligro particularmente serio procede del automóvil, que tiende a reemplazar el microbio como agente importante de morbilidad y mortalidad. Ya hemos señalado el origen y causa de los accidentes y el mecanismo de los accidentes.

Investigación médico legal. El accidente de automóvil pone en juego dos clases de responsabilidad: una penal y otra civil. Veamos los problemas que se presentan en los casos de accidentes mortales simples, atropellos acompañados de delito de fuga y homicidio enmascarado como accidente de automóvil.

A) Los accidentes mortales simples dan lugar a investigaciones médico legales que pretenden; 1º, determinar si la muerte es consecuencia del accidente; 2º, reconstituir las fases y las circunstancias del accidente; 3º, demostrar si la víctima ha cometido una falta.

Para alcanzar tales resultados es indispensable practicar minuciosamente la autopsia del cadáver de la víctima, examinar atentamente los vestidos, el vehículo y el lugar del suceso.

1º Cuando la muerte es inmediata, la investigación es útil para aclarar si la víctima era portadora de lesiones orgánicas graves, antiguas que provocan la muerte después de un roce o de un traumatismo insignificante.

En los casos de muerte tardía se plantea la cuestión de la relación de causa a efecto con el accidente. Las complicaciones pulmonares, directas o indirectas, los traumatismos del cráneo, revisten una importancia particular por su gravedad, ya que traen a menudo consigo la muerte. La embolía grasosa puede sobrevenir bruscamente varios días después del accidente y provocar el exitus.

2º En la reconstitución de las circunstancias y de las fases del accidente, el médico legista aporta una contribución importante para interpretar las lesiones traumáticas, por el examen comparativo de las manchas, de los desgarros, de las manchas de barro, aceite, de grasa en los vestidos de la víctima, huellas y deformaciones observadas en el vehículo. El estado del lugar del suceso proporciona igualmente informaciones útiles sobre las condiciones del accidente, sobre los esfuerzos del conductor para evitarlos (huellas de las ruedas bloqueadas por el freno).

3º El peatón es a veces el artífice de su muerte. Es importante saber si estaba borracho o afecto de sordera, de trastornos visuales, de una afección predisponente a los vértigos, o ataques súbitos (epilepsia, tumor cerebral, meningitis ambulatoria, cardiopatía), que determinan la caída en el curso de la cual se producen las lesiones mortales. Por otra parte, ciertos estados patológicos anteriores, diabetes, alcoholismo, tuberculosis, pueden haber favorecido el desenlace fatal. El estado de embriaguez tiene gran importancia judicial (siempre debe practicarse la alcoholemia en la autopsia).

B) Los atropellos acompañados de delito de fuga, presentan dosproblemas: 1º ¿la muerte es debida a un vehículo automóvil?, 2º ¿el vehículo incriminado ha causado el atropello?.

1º La primera cuestión es a veces difícil de resolver cuando la víctima es un ciclista o un motociclista que pueda haber sufrido una simple caída. En este caso el examen del estado del lugar del suceso y de los vestidos del cadáver aporta preciosos informes: particularidad peligrosa de la carretera, huellas de colisión; pieza de automóvil rota o desprendida, fragmento de cristal, deterioro de la bicicleta en la parte posterior, manchas de aceite, de grasa, lesiones de aplastamiento, de arrastre.

2º La identificación del vehículo homicida es posible por la búsqueda dejadas en la carretera por los neumáticos; por los fragmentos abandonados por el coche: manecilla de la portezuela, fragmentos de cristal, etc.; por las huellas procedentes de la víctima: sombrero, cabellos, fibras de tela, sangre, materia cerebral, parcelas de tejido conjuntivo, etc.

La puesta en marcha de todas estas investigaciones conduce frecuentemente a resultados del todo convincentes.

C) Homicidio enmascarado como accidente de automóvil. Cierto número de casos judiciales prueban el uso metódico del automóvil para fines criminales. Ej.: una joven acepta, por complacencia, llevar un pasajero en su coche. Este la golpea salvajemente y después lanza el coche por una hondonada a le prende fuego.

Las lesiones que describiremos a continuación son las que observamos en el conductor y pasajeros víctimas de un accidente real, permitirán reconocer las procedentes de violencias criminales.

En síntesis las lesiones de los conductores y pasajeros en los accidentes de automóvil dependen de tres mecanismos: choque frontal, choque lateral y capotaje. El más frecuente, el choque frontal, proyecta hacia adelante y arriba los ocupantes, que son despedidos de sus asientos. El tórax del conductor topa con el volante, su cara se aplasta conta el parabrisas, sus rodillas, propulsadas hacia arriba se encuentran con el reborde del tablero. El pasajero que va adelante es el más expuesto; ante todo es proyectado contra el tablero y el parabrisas, después vuelve a su sitio de tal modo que la nuca pega contra la barra metálica transversal posterior

del asiento.

Las lesiones habituales observadas en el conductor se situán en la cabeza (heridas profundas de los labios y de la nariz, hundimiento máxilo facial),en el tórax (contusiones, fracturas de la rótula, hemohidrartrosis). El pasajero de delante es alcanzado en la cabeza, en las rodillas y sobre todo en la nuca, asiento de lesiones diversas que van desde la simple contusión a la fractura del raquis cervical con o sin compromiso de la médula. Los pasajeros situados detrás son más raramente heridos (alcanza del macizo facial y de los dientes).

MUERTE GENERAL O SOMATICA

Damos el nombre de muerte al estado irreversible de la materia en el cual, a consecuencias de la pérdida completa, definitiva de la excitabilidad, no es posible recuperar la vitalidad.

Denominamos muerte general o somática a la destrucción de todo el individuo suspendiéndose rápidamente las funciones de los órganos y cesando los procesos del metabolismo; solamente algunas modificaciones químicas de naturaleza fermentativa pueden seguir todavía su curso o aparecer después de la muerte.

Características de la muerte. Se cuenta con ciertas manifestaciones, signos, que en conjunto caracterizan a la muerte general.

En el diagnóstico de muerte general o somática se distinguen los llamados "signos negativos de la vida" (Extinción de las grandes funciones vitales) y los catalogados como "signos positivos de la muerte"; estos, corresponden a modificaciones de los tejidos del cadáver.

A.- Signos negativos de la vida: pérdida de la sensibilidad, pérdida de la motilidad (facies cadavérica, actitud cadavérica corriente, relajación de ésfínteres) cese de la respiración y paro completo de la circulación y de la vida psíquica.

B.- Signos positivos de la muerte: las modificaciones de los tejidos del cadáver comprenden: enfriamiento ("algor mortis"), evaporación de los tegumentos (desecación), acidificación de vísceras y humores, rigidez cadavérica ("rigor mortis"), livideces cadavéricas (por hipostasis), coágulos cadavéricos, autolisis (modificaciones asépticas autofermentativas; disolución de la albúmina y otras sustancias por los fermentos que existen en los órganos mismos y putrefacción (intervención de bacterios).

La autolisis comienza más o menos rápidamente, transformándose pronto en putrefacción al intervenir las bacterias. La putrefacción es un signo indiscutible de muerte no reciente; el límite entre el diagnóstico de muerte reciente, aquella que ha ocurrido en un tiempo cercano y, el de muerte reciente (que se remonta a un tiempo mayor, a veces muy lejano), lo dá el comienzo de la putrefacción cadavérica.

Antes de estos signos positivos de muerte, es posible comprobar la parálización funcional y no la alteración de las estructuras. Este período ha sido denominado "muerte clínica". El diagnóstico de muerte real debe fundarse en el mayor número de signos posibles a fin de no incurrir en errores lamentables (diagnóstico diferencial de muerte aparente).

En nuestra disciplina, Patología Morfológica, es preciso aprender a diagnosticar con certeza los signos positivos de la muerte o fenómenos cadavéricos, las livideces, la rigidez, etc. Necesitamos además interpretarlos adecuadamente a fin de determinar la fecha, reciente o no, de la muerte ya que con ello estaremos en condiciones de evaluar correctamente los hallazgos de nuestro examen macroscópico e histopatológico (artefactos post-mortem). La putrefacción cadavérica, cada una de sus manifestaciones y su marcha debemos también estudiar con precisión en cada caso particular. El principiante puede ser inducido a error fácilmente por la presencia no interpretada de alteraciones que ocurren después de la muerte.

El anátomo patólogo estudia órganos o tejidos provenientes de sujetos vivos o de fallecidos; en ambos casos procura reconocer e interpretar la existencia de proceso patológico, del proceso patológico desarrollado in vivo, del que es propio de la vida. Para ello debe reconocer y descartar todo aquello que corresponde a transformaciones desarrolladas post-mortem y a aquellas que son el producto de las propias técnicas de laboratorio. Se requiere de un sujeto muy entrenado y es fundamental una fijación rápida del tejido: con ella se eliminan en gran medida los fenómenos autolíticos, los procesos post-mortem ("Se mata al tejido conservando su estructura").

Es preciso recordar que la muerte general del cuerpo no significa muerte simultánea de los tejidos; los tejidos siguen viviendo algún tiempo. La muerte del sujeto íntegro es la cesación de las funciones respiratorias, circulatorias, la vida psíquica, etc., pero los tejidos en general siguen vivos durante algún tiempo para irse posteriormente alterando de manera gradual. Así mientras más rápida es la fijación mayormente se impiden las alteraciones post-mortem.

El S.N.C., en circunstancias normales no soporta la falta de oxígeno más allá de 5 minutos (salvo que se deprima su metabolismo por la refrigeración). Los riñones viven todavía seis horas después de cesado el latido cardíaco, los espermatozoides: 24 a 62 horas. Las células del hueso y del tejido conjuntivo pueden sobrevivir aun más tiempo y además ser cultivados fuera del organismo; un corazón aislado puede seguir latiendo durante varios días.

En general, los cambios microscópicos de los órganos no son muy profundos en las primeras 24 hrs., aunque se pierden finas estructuras. Notable es la resistencia del tejido conjuntivo y de sostén: las fibras elásticas persisten tiñéndose aún en cadáveres completamente putrefactos.

Putrefacción cadavérica severa no se aprecia en nuestras autopsias médicas. Como los cadáveres que son autopsiados en los Deptos. de A. Patológica deben ser inhumados, generalmente tras su rápido ingreso no permanecen más de 12 a 24 hrs en su local y en refrigeración. Antes de un plazo máximo de 48 hrs. son entregados a sus familiares a fin que se proceda a su sepultación, previa inscripción de la defunción certificada en el Registro Civil.

SIGNOS POSITIVOS DE LA MUERTE O FENOMENOS CADAVERICOS

Los signos positivos de la muerte se producen por trastornos físicos, químicos-biológicos que determinan la transformación de los tejidos orgánicos, como su deshidratación, acidificación y descomposición.

1) Enfriamiento: Se trata de un signo de valor muy relativo en el diagnóstico de muerte real y de data de la muerte; en efecto, el descenso de temperatura del cadáver se presenta con gran variabilidad.

Se produce lenta y progresivamente. Es un signo que está influenciado por muchos factores: estación del año, causa de la muerte (enfermedades con hipo o hipertermia), cadáver a la intemperie, cadáver cubierto o no de ropas, etc.

En general, podemos decir que a las 30 hrs. del fallecimiento se llega a una temperatura de 30 grados, a las 44 hrs. de 10 grados y a las 50 hrs. de 5 grados Podemos decir que la temperatura baja un grado por hora y que se nivela con el medio ambiente a las 24 hrs., considerando como cifras extremas las 12 y 30 hrs.

2) Deshidratación: Depende esencialmente de las condiciones ambientales en que se encuentra el cadáver. Se evidencia especialmente en los ojos donde aparece hipotensión, retracción del globo ocular, enturbiamiento de la córnea (telilla glerosa corneal) y la mancha esclerotical por transparencia de la esclerótica deshidratada que deja traslucir la coroides.

En el escroto, zona normalmente húmeda en el vivo, la deshidratación produce un apergaminamiento que no hay que confundir con una lesión traumática.

3) Rigidez cadavérica: Se presenta en el 100% de los casos. Su origen es muscular; el acortamiento y rigidez afecta al músculo estriado, al miocárdiooy liso. La rigidez aparece en una época cercana a la muerte; su aparición ocurre alrededor de las 2 o 4 hrs. Al cabo de 4 -12 hrs. se extiende a todo el cuerpo, alcanzando su intensidad a las 24 hrs.. Se resuelve, por regla general, durante el 2° día siguiente de la muerte; sin embargo, su duración puede prolongarse a 70 o 80 hrs.

En su extensión en el organismo, la rigidez sigue un curso progresivo. La forma más corriente es aquella que comienza por la mandíbula y termina en los miembros inferiores (forma descendente), siendo poco frecuente la modalidad inversa (for

ma ascendente). Habitualmente entonces el cadáver se presenta fija las articulaciones del codo en posición de flexión y las de las rodillas en extensión y esto no depende de modificaciones de la articulación, sino de la rigidez cadavérica de los músculos periarticulares.

Los factores que mayor influencia tienen en la aparición del fenómeno son el grado de hidratación muscular y el mayor o menor trabajo muscular antes de la muerte; así, por ejemplo, la rigidez más intensa y precoz es la que se produce en las muertes con gran deshidratación y en aquellas en que la agonía se caracteriza por un gran trabajo muscular (convulsiones). Otros factores que influyen son la edad y la temperatura; en las edades extremas es más precoz, atenuada y pasajera; el frio la hace precoz y duradera.

Diferentes teorías tratan de explicar la rigidez cadavérica, la más aceptada está basada en la acidificación del músculo, lo que produciría una coagulación del citoplasma muscular y la rigidez consecutiva.

4) Livideces cadavéricas: Es un fenómeno cadavérico constante, no falta aún en las anemias agudas. Se produce en los tegumentos por efecto de la fuerza de gravedad, al cesar la actividad circulatoria. Se llaman también manchas de sedimentación y su equivalente en las vísceras lo constituyen las hipostasis.

Son de un color lívido-azul-rojo. Al cortar sale sangre de las venas y capilares. Si en un tiempo posterior salió la hemoglobina de los eritrocitos, aparecen entonces manchas de difusión rojo sucias.

Su intensidad depende de la causa de muerte: en las muertes consecutivas a grandes hemorragias son poco perceptibles; en cadáveres que no han perdido mucha sangre son marcadas. Su color es, también, función de la causa de muerte. En las asfixias mecánicas son de color morado intenso, en las asfixias por CO son de color acarminado.

Su ubicación corresponde a las partes declives, quedando sin livideces únicamente los puntos de apoyo del cuerpo y regiones comprimidas por las ropas ("manchas de posición"). Aparecen entre las 3 y las 6 hrs. El factor que más influye en su aparición es la mayor o menor cantidad de la masa sanguínea circulante en el momento de la muerte.

Cifras aproximativas referentes a su aparición y desaparición:

a) Aparecen entre 3 a 6 hrs. después de la muerte.

b) Entre 6 y 12 hrs. puede hacérselas desaparecer totalmente, cambiando la posición del cadáver.

c) Entre las 12 y 24 hrs. desaparecen parcialmente con el cambio de posición.

d) Después de las 24 hrs. las livideces no desaparecen de la zona en que se han ubicado, aun cuando el cadáver sea cambiado de posición.

5) Coágulos cadavéricos: Después de la muerte se coagula la sangre dentro de los vasos por desintegración post-mortem de las muy vulnerables plaquetas. La solidifica al formarse los filamentos de fibrina y así quedan constituídos los llamados coágulos cadavéricos que son de dos clases:

a) Coágulos cruóricos (laxos, rojo negruscos); estos obedecen a una coagulación post-mortem rápida. Los elementos de la sangre quedan encerrados en las mallas de la red de fibrina guardando la distribución que tenían en la sangre circulante.

b) Coágulos lardáceos (correosos, blanco-amarillentos). Se ven en cadáveres cuando la coagulación post-mortem de la sangre se retarda y los glóbulos rojos, obedeciendo a la gravedad, tienen tiempo de sedimentarse antes que sobrevenga la coagulación de la fibrina; el plasma, las plaquetas y los G.B. que tienen menor densidad que los G.R., se acumulan por encima; se forma así una red de fibrina de gruesas trabéculas.

El aumento de la velocidad de sedimentación de los G.R. se vé en enfermedades inflamatorias, tumores, embarazo, etc.

Cuando la muerte ha sido causada por asfixia interna o externa, faltan siempre los coágulos cadavéricos. Pero si tomamos sangre del cadáver en las tres primeras horas después de la muerte, podemos comprobar que aquella ha conservado su capacidad de coagulación. El hecho que no se coagule en el cadáver se debe a la existencia de influjos inhibidores (¿irrupción de adrenalina antes de la muerte?). Pasadas aquellas tres horas, la sangre tampoco se coagula fuera del cadáver, pues entonces se ha iniciado ya una destrucción fermentativa del fibrinógeno. Aquellos casos de muerte en los que persiste el latido cardíaco cuando ha cesado ya la respiración por parálisis del centro respiratorio deben incluirse también en el grupo de la asfixia. En estas muertes de origen "central", en las cuales la causa radica en el S.N.C., faltan igualmente los coágulos cadavéricos: la sangre permanece líquida.

Después de la muerte emigran las bacterias intestinales a la sangre, donde se multiplican cada vez más.

6) Acidificación de las vísceras y humores: La acidez cadavérica puede investigarse colocando un papel tornasol azul en los fondos de saco conjuntivales, donde se reconoce acidez en la secreción lagrimal.

El ph débilmente alcalino del organismo se neutraliza en el momento inicial de la muerte, luego se acidifica y posteriormente, con la putrefacción se alzaliniza.

7) Putrefacción: La putrefacción es signo indiscutible de muerte no reciente. Tiene varias etapas distintas y se produce por acción de los gérmenes saprófitos, comenzando a nivel intestinal.

La marcha de la putrefacción es un hecho muy variable que debemos estudiar en cada caso en particular. Sabemos que la putrefacción evoluciona en períodos sucesivos que son influenciados por numerosos factores que dependen del medio ambiente y del cadáver mismo, los que habrá que tomar en consideración en los diferentes casos. En todo caso en nuestras autopsias médicas, como ya se ha señalado, ella cuenta muy poco. Nos parece sí conveniente ahondar en este capítulo de la putrefacción por cuanto estimamos que por su desconocimiento se cometen errores de interpretación.

Los gérmenes de la putrefacción penetran por la vía intestinal, que es la más importante, por las mucosas de los orificios naturales y por la piel que es la más resistente. Los microbios intestinales saprófitos atraviesan la mucosa del intestino y penetran a los vasos linfáticos para iniciar el curso de la putrefacción.

La invasión microbiana de la putrefacción se hace por etapas sucesivas. Primero actúan los aerobios que producen ácido carbónico; estos gérmenes gastan el O2 del organismo y mueren a consecuencias de ello. Luego entran en acción los microbios llamados discrecionales o indiferentes, que son aerobios y anaerobios, estos producen hidrógeno o hidrocarburos. En una tercera fase actúan los gérmenes anaerobios (B. violacens, B. proteus, B. Mirabilis) que son los bacilos tardíos de la putrefacción y en cuyo metabolismo producen hidrógeno, nitrógeno y amoníaco.

La marcha de la putrefacción en el organismo se hace también en tres etapas:

1a.Etapa: Comienza con la "mancha verde cecal" (fosa ilíaca derecha) para extenderse a la fosa ilíaca izqda. y región hipogástrica. Posteriormente se produce el meteorismo abdominal, cuyos gases determinan el ascenso del diafragma y consecutivamente el vaciamiento del corazón; este fenómeno determina la llamada "circulación póstuma", que se manifiesta por manchas lívidas moradas o pardo azulejas en la superficie corporal y grandes hiperhemias meningoencefálicas que es necesario saber interpretar como un hecho post-mortem. Enseguida aparecen flictenas cutáneas con serosidad rosada o con gas y la epidermis comienza a desprenderse a colgajos con caída de los pelos y uñas.

2a. Etapa: Se caracteriza por dos hechos fundamentales:
a) La putrefacción gaseosa, con gran aumento del tamaño corporal (cara vultuosa, cuello y escroto muy hinchado, abombamiento abdominal, etc); y
b) La liquefacción de los tejidos que es apreciable en los párpados que están edematosos, en los órganos internos imbibidos y gaseosos, en la serosidad rojiza con gotas de grasa que se encuentra en las grandes cavidades serosas (pleura, pericardio, peritoneo), en el estallido de la pared abdominal por el reblandecimiento de los tejidos y de la presión gaseosa interna, etc.

3era. Etapa: Esta se caracteriza por:
a) Desecación de los tejidos que escapan a la liquefacción.
b) Tendencia del tejido graso a la saponificación (adipocira), y
c) Acción de la fauna cadavérica.

Factores que influyen en la putrefacción:

1.- Factores ambientales:
a) Temperatura: las elevadas favorecen la putrefacción.
b) Grado de humedad: la mayor humedad favorece la putrefacción.
c) Naturaleza del terreno, estación del año, etc.

2.- Factores propios del cadáver:
a) Edad: es menos acentuada en las edades extremas; en lactantes por la existencia de una flora intestinal poco variada y en el viejo por su enflaquecimiento (poca agua intercelular).
b) Constitución: es más marcada en los pícnicos que en los leptosómicos.
c) Estado de enflaquecimiento u obesidad.
d) Tipo de enfermedad que condicionó la muerte: es precoz y acentuada en las septicemias. Es muy notorio el retardo de la putrefacción cuando se suministran abundantes antibióticos..

La putrefacción en los diferentes medios: La putrefacción adquiere características especiales en algunos medios. En general la sequedad o humedad del ambiente son los factores que tienen mayor importancia. Expuesto el cadáver al aire seco y renovable, en general, no se producen gases y el cadáver tiende a la momificación espontánea. Es lo que ocurre en los desiertos.

En medio húmedo, hay tendencia a la producción de adipocira o grasa cadavérica, que es una saponificación de la grasa del cadáver que se realiza en forma lenta. La formación de adipocira requiere de una putrefacción lenta, retardada; por otra parte se necesita que el cadáver tenga una sobrecarga grasosa.

Nota: En la tierra la putrefacción sigue diferentes modalidades según sea la calidad de estas. Las tierras arsenicales retardan la putrefacción; las tierras con alto grado de humedad tienden a la formación de adipocira. En general la evolución en la tierra puede sintetizarse como sigue:

1.- Fusión pútrida. 2.- Saponificación. 3.- Desecación. 4.-Acción de la fauna cadavérica y 5.- Reducción a polvo, lo que ocurre primero con las partes blandas y a muy largo plazo con los huesos.

Procesos de transformación o conservación del cadáver.- Son aquellos que permiten la conservación del cadáver por mucho mayor tiempo que el normal. Incluyen : transformación adipocírica, momificación (natural o espontánea) y maceración.

Maceración es un proceso de transformación que ocurre en los fetos muertos in útero en que la putrefacción no logra invadirlos. Consiste en un reblandecimiento total de los tejidos del cadáver con imbibición por parte de los pigmentos sanguíneos Una vez expulsado del útero entra en juego la putrefacción destruyendo el cadáver.

Fauna cadavérica.- En la putrefacción cadavérica, colaboran con las bacterias, un conjunto de insectos denominados fauna cadavérica. Se estudiarán en detalle en la disciplina correspondiente, la Medicina Legal, pero a manera de ilustración general. Aquí haremos de ellos una pequeña reseña.

Se trata de agentes que invaden el cuerpo en diferentes etapas y en escuadras que se suceden en forma ininterrumpida desde el momento mismo de la muerte y aún, momoentos antes de que ésta se produzca y que consiguen finalmente la reducción esquelética total del cadáver. A continuación una breve descripción de la acción de las escuadras invasoras en cadáveres que se descomponen al aire libre.

Cadáveres que se descomponen al aire libre. Descripción sumaria de la acción de las escuadras invasoras.

Desde el acaecimiento de la muerte hasta el final del tercer mes se cuenta se cuenta con la acción desvastadora de dos escuadras de particulares especies de dípteros que invaden al cadáver en putrefacción; sus larvas comen tejidos con gran voracidad y alcanzada la etapa de insecto adulto se fecundan nuevamente, desovan en el mismo cadáver para repetir el ciclo. Su acción se prolonga hasta la aparición de ácidos grasos y la formación de grasa cadavérica o adipocira.

A continuación, durante el segundo trimestre actúan ciertas especies de coleópteros y lepidópteros; estos insectos son atraídos por la presencia de ácidos grasos y grasa cadavérica y determinan una fermentación butírica.

En el segundo semestre después de la muerte actúan principalmente otros géneros de dípteros y coleópteros los que son atraídos por la presencia de un material resultante de una transformación particular de la materia albuminoide del cadáver (fermentación caseosa).

A la fermentación butírica y caseosa de los tejidos sucede una etapa de fermentación amoniacal y por su influjo se produce una liquefacción negrusca y maloliente de la materia animal que desde fines del primer año y todo el segundo año atrae a un gran conjunto de particulares dípteros y coleópteros que en dichos productos ponen sus huevos y alimentan sus larvas hasta lograr la completa absorción de todos los productos líquidos, conduciendo a los restos cadavéricos hacia la desecación total, es decir hacia la momificación.

Al disminuir los líquidos orgánicos producto de la liquefacción de la materia orgánica el campo comienza a ser invadido por Acaros y estos actúan hasta producir la desecación y momificación completa de los tejidos blandos que han resistido a la putrefacción. Se les encuentra en sus diferentes estados de metamorfosis hacia el final del 2° año y comienzos del 3°. Es el período de la momificación.

Casi simultáneamente con los ácaros o muy poco tiempo después, en los tejidos ya momificados actúan una séptima escuadra, constituída por lepidópteros, estos trituran los tejidos momificados hasta conseguir la reducción pulverulenta total de ellos, su acción se prolonga durante el primer semestre del 3er año, pero puede durar aún más. Estos insectos comen los tejidos momificados y son sus escrementos los que forman la materia pulverulenta que queda.

Por último actúa una octava escuadra integrada sólo por dos especies coleópteras; estos devoran todo aquello que ha escapado a las escuadras precedentes hasta dejar el cadáver reducido a sus osamentas desnudas; es el período de la reducción esquelética. El hallazgo de esta escuadra nos indica, por lo menos tres años desde el momento de ocurrida la muerte.

****

IV. EJERCICIO N° 2 (Autoevaluación)

A. Lea el siguiente esquema. Conteste las preguntas y complete los espacios en blanco según sea el caso. Si su respuesta es incorrecta al compararla con el contenido del texto vuelva a estudiar la sección III, "Informaciones".

Abolición de las grandes funciones vitales.

Conteste: ¿Son estos signos negativos de vida?

☐ Si ☐ No

- Sensibilidad:
  - ¿Cómo se producen?

    _____
    _____
    _____
- Motilidad
  - ¿Son ambas signos absolutos muerte?

    _____
    _____
    _____
  - ¿Se pueden producir situaciones engañosas en ambos casos? Si su respuesta es sí, ¿cuáles serían ellas?

    _____
    _____
- Respiración
  - ¿Es su abolición un signo fundamental para diagnosticar la muerte? Comente

    _____
    _____
    _____
- Circulación
  - ¿Es su ausencia un signo fundamental para el diagnóstico de muerte?

    ☐ Si ☐ No
  - ¿Cuáles son las tres pruebas de circulación más confiables para corroborar la muerte? Explíque las.

    a) _____
    _____

    b) _____
    _____

    c) _____
    _____

B. Lea este segundo esquema. Conteste y complete las aseveraciones dadas según lo que Ud. recuerda del texto estudiado. Proceda en la misma forma que el ejercicio 8 A.

Modificación de los tejidos del cadáver

¿Son éstos signos positivos de muerte?

☐ Si ☐ No

- Enfriamiento
  - Los tejidos muertos presentan modificaciones (fenómenos cadavéricos) y son los siguientes:
  - ¿Cómo evoluciona este fenómeno y qué factores la modifican?

    _____

    _____

    _____
  - ¿Permite éste hacer un cálculo preciso de la data de muerte?

    _____

    _____

    _____
- Deshidratación
  - Los signos de deshidratación en el cadáver son:
    1. _____
    2. _____
    3. _____
    4. _____
- Acidificación de vísceras y humores:
  - Esto se identifica por medio de

    _____

    _____
- Rigidez cadavérica
  - el orígen es _____

    _____
  - afecta principalmente

    _____

    _____
  - comienza a las _____ hrs.
  - adquiere su máximo a las _____ hrs.
  - se extiende por _____

    _____

    hacia _____

    _____
  - consiste en _____

    _____

ión

_____

- Lividez cadavérica
  - adquiere coloración _____
  - se constata a los _____ minutos
  - comienza con _____ _____
  - y se propaga a _____ _____
  - se constituye totalmente a las _____ _____ hrs.

- Putrefacción cadavérica: - consta de varias etapas, explíquelas.

1. _____ _____
2. _____ _____
3. _____ _____
4. _____ _____

- Factores que influyen en la putrefacción:
  - Ambientales
    1. _____
    2. _____
    3. _____
    4. _____
  - Propios del cadáver
    1. _____
    2. _____
    3. _____
    4. _____

MODIFICACIONES CADAVERICAS QUE ES NECESARIO CONSIDERAR

Esqueleto: En los fetos muertos y macerados en el útero suele encontrarse una coloración roja difusa de las epífisis cartilaginosas, por la imbibición de hemoglobina y desprendimiento de las mismas. Por lo demás el esqueleto no experimenta otras modificaciones cadavéricas de importancia; la propia putrefacción de la médula ósea comienza relativamente tarde.

Pulmones: Al abrir el tórax, los pulmones se retraen por la entrada del aire a la cavidad pleural. Los segmentos póstero-inferiores del pulmón son, por regla general, más ricos en sangre que los superiores, por la hipostasis cadavérica. Durante la agonía puede ser aspirado a través del esófago y de la tráquea el contenido del estómago, provocando un reblandecimiento ácido del tejido pulmonar. Los focos se localizan casi siempre en los lóbulos inferiores, tienen color pardo sucio y son más o menos friables. Cuando la putrefacción está avanzada, pueden formarse burbujas en el tejido interlobulillar y por debajo de la pleura ("enfisema" de la putrefacción).

Pleuras: Como acontece en los pulmones, puede llegar también a las cavidades pleurales contenido gástrico por dos mecanismos distintos: el reblandecimiento ácido se extiende hasta la pleura y, destruyendo ésta, permite el paso del contenido a su cavidad o bien se produce primero el reblandecimiento cadavérico del esófago con perforaciones en la pleura y paso consecutivo de las masas a la cavidad pleural. En tales casos se encuentra un líquido pardusco de olor ácido; la pleura exhibe color gris pardusco sucio y aspecto pastoso. El reblandecimiento ácido puede provocar también la penetración de aire en la cavidad pleural.

Cerebro: Muy pronto después de la muerte sale líquido de los vasos al espacio subaracnoideo, el cual es resorbido de nuevo más tarde por la sustancia cerebral (tumefacción cerebral post-mortem). El diagnóstico de edema sólo puede establecerse, por tanto, con exactitud cuando la autopsia se practica poco tiempo después de la muerte del sujeto.

Los procesos de desintegración post-mortal evolucionan muy rápidamente en el cerebro, sobre todo en lo relativo a las estructuras microscópicas. Procesos cadavéricos intensos del cerebro se reconocen por la aparición de un color gris verdoso de cavidades llenas de gas y de focos de reblandecimiento.

Riñones: Son muy sensibles frente a los influjos de la putrefacción cadavérica. La vulnerabilidad es sobre todo manifiesta en los epitelios de los túbulos contorneados y del asa de Henle (autólisis).

Si la autopsia no se practica inmediatamente después de ocurrida la muerte, es difícil diferenciar las modificaciones cadavéricas de los procesos desarrollados durante la vida (lo propio acontece con el cerebro).

La autólisis es sobre todo muy acentuada en los casos de septicemia y en graves intoxicaciones de origen microbiano, como en la peritonitis. En la autólisis desaparece el núcleo de las células; los gránulos de Altmann se hinchan, sufren transformación esponjosa o se disgregan. La cutícula estriada se destruye, formando vesículas hinchadas. Las células pierden su unión con las vecinas.

Cuando el cadáver está ladeado, puede ser muy grande la diferencia de la cantidad de sangre contenida en cada uno de los riñones, a causa de la hipostasis cadavérica.

La imbibición sanguínea borra la estructura del órgano e intensifica la opacidad cadavérica.

Pelvis renal y ureter: Maceración del epitelio, el cual suele brotar como una gota de aspecto lechoso cuando se secciona el ureter y se comprime entre los dedos.

Vejiga de la orina: Maceración del epitelio, más o menos rápido que determina una opacidad granulosa del contenido de la vejiga. Cuando la putrefacción está muy avanzada, no es raro un acentuado "enfisema"de la pared.
Aparato genital masculino: La musculatura de la vesícula seminal experimenta también la rigidez cadavérica, por lo que su contenido pasa a la uretra y puede verterse por el meato uretral. Cuando la putrefacción cadavérica es muy avanzada: insuflación del escroto debido a la formación de gases de la putrefacción en el tejido celular subcutáneo. La putrefacción cadavérica provoca asimismo undesprendimiento del epitelio de los túbulos seminíferos.
Aparato Genital femenino: Maceración muy acentuada del epitelio de revestimiento de las trompas y del útero. Rigidez cadavérica del cuerpo del útero. Hipostasis, que puede determinar infiltración hemorrágica completa de la mucosa uterina en las ancianas (apoplejía uterina). Es notable la gran resistencia del útero a la putrefacción.
Mamas: Sus modificaciones cadavéricas no ofrecen peculiaridad alguna.
Esófago: Las más importantes modificaciones cadavéricas son determinadas por el paso al esófago del contenido del estómago, sobre todo a su porción inferior. Se produce la esófagomalacia (reblandecimiento progresivo de la pared a consecuencia de la acción del jugo gástrico). El epitelio se desprende en tiras y quedan superficies

. También la submucosa se reblandece y adquiere una transparencia vítrea. La extravasación de la hemoglobina y su transformación determinan la aparición de un color pardo sucio. Finalmente puede reblandecerse la capa muscular y pasa el contenido gástrico a.los tejidos del mediastino y a la misma pleura.
Estómago: La forma del estómago en el momento de la muerte es fijada, pero no modificada, por la rigidez cadavérica de la musculatura lisa del órgano. El píloro y el cardias están en el cadáver contraídos. Al comenzar la relajación, que progresa del cardias al píloro, se relajan también los esfínteres. Al desaparecer la contracción, puede sobrevenir una intensa hipostasis en los segmentos del estómago situados más profundamente. Pronto aparece también la autodigestión del estómago, en un momento dependiente de la naturaleza del contenido gástrico, del período digestivo en el momento de la muerte y de la rapidez del enfriamiento. Al principio, la mucosa adquiere una transparencia especial, las redes venosas de la submucosa resaltan, y en la mucosa misma se forman pequeños focos hemorrágicos (hemorragias post-mortales). Entonces desaparece adquiere coloración pardo sucia por infiltrarse con la hemoglobina que sale de los vasos y que es modificada por el jugo gástrico. Finalmente se reblandece también la musculatura y la pared se desgarra espontáneamente al menor contacto.

Si no se ha cambiado mucho de posición al cadáver, las partes reblandecidas del estómago son de límites precisos y corresponden a las zonas puestas en contacto hasta el nivel horizontal del contenido líquido gástrico. Laparte afectada más a menudo, como es natural, es la porción del cuerpo correspondiente a la curvatura mayor.

Hay que diferenciar las bandas de color sucio formadas por autodigestión de las manchas negruscas esparcidas por todo el estómago y acumuladas sobre todo en la región del píloro; se trata de pigmentaciones hematógenas de la mucosa gástrica, aparecidas en vida y que bajo la acción de los fenómenos cadavéricos adquieren una coloración pizarrosa (seudomelanosis). Más tarde aparece en extensa insuflación de putrefacción que levanta la mucosa formando grandes nodotes.
Intestino: La rigidez muscular aparece en el intestino muy rápidamente, por lo cual las asas son blandas en el cadáver. Es muy frecuente la distención de las asas a causa de la formación post-mortal de gases. Las paredes intestinales distendidas aparecen adelgazadas y pálidas. Los gases se acumulan en las partes altas del intestino, a acumulándose todo en las asas situadas en la pelvis, las cuales adquieren una coloración cianótica. Como quiera que las partes prominentes son las que están más repletas, el intestino abierto ofrece aspectos muy diversos: trayectos muy pálidos alternan con otros ricos en sangre, en las cuales las venas de la mucosa están repletas,

incluso hasta rotas o incluso rodeadas por pequeñas aréolas hemorrágicas establecidas después de la muerte. Según sea la composición del contenido del intestino puede establecerse o no una especie de autodigestión de los segmentos superiores. Sin embargo, este proceso es moderado. Cuando el contenido intestinal es muy rico en bilis, la masa misma se encuentra infiltrada por aquel líquido. Poco a poco van apareciendo focos difusos de imbibición hemorrágica, con tonos de color gris sucio, producidos por la autólisis progresiva y la putrefacción. Si existían focos de pigmentación en la pared del intestino, adquieren color negrusco (seudomelanosis). Finalmente, pueden aparecer infiltraciones enfisematosas en las paredes, por la penetración post-mortal de microorganismos formadores de gases.

Peritoneo: La manifestación cadavérica más importante es aumento post-mortal del líquido peritoneal, muy notable sobre todo en el recién nacido. El líquido procede de los vasos serosos de las asas intestinales hipostáticas caídas en la pelvis. De aquí que fácilmente tenga el líquido un color rojizo sucio por la mezcla de hemoglobina. El líquido peritoneal del cadáver es siempre turbio, porque muy pronto después de la muerte se macera el epitelio peritoneal. Esta turbidez, de grumos muy finos, no debe confundirse con la opacidad inflamatoria. Los trasudados no inflamatorios pueden experimentar una coagulación que se pone de manifiesto por la aparición de grumos más groseros de aspecto gelatinoso.

Hígado: La manifestación cadavérica más frecuente del hígado es la seudomelanosis; la coloración verdoso-negrusca de la cápsula, característica de esta alteración, aparece en primer término y con su máxima intensidad en la cara intestinal del órgano, no siendo raro que se propague a las capas superficiales del parénquima. En los cadáveres macerados, sobre todo en los de los fetos, se encuentra autólisis de intensidad variable, con imbibición roja de la cápsula de Glisson. En los casos de putrefacción avanzada se forman gases, a menudo solo en los vasos y particularmente en las grandes ramas de la porta. En otros casos se desarrollan en el parénquima mismo burbujas, adquiriendo el órgano un aspecto esponjoso (hígado esponjoso). Esta lesión va acompañada ordinariamente de lesiones del mismo tipo en corazón, bazo y riñones; depende del desarrollo de bacilos anaerobios formadores de gases. La lesión de los órganos vecinos determina la aparición de manchas gris-amarillentas claras en la superficie del hígado, que en la superficie de sección llegan a distintas profundidades y que son consideradas como focos anémicos o edematosos. En la atrofia amarilla y roja del hígado se precipitan a veces después de la muerte leucina y tirosina en la superficie de sección del órgano, llegando a constituir una capa blanquecina brillante.

Vesícula biliar: Es muy frecuente la imbibición biliar cadavérica, por ella la pared vesicular y casi siempre también la del cuello y la del conducto cístico teñida de color verde pardusco o verde oliva, existiendo, además, lesiones autolíticas particularmente de la mucosa; el conducto hepático y el colédoco, de ordinario, se conservan íntegros. La imbibición biliar se extiende sobre todo a las porciones adyacentes del hígado y del intestino y a veces también al polo superior del riñón derecho.

Páncreas: El páncreas es uno de los órganos que experimentan muy rápidamente la imbibición post-mortal, destruyéndose muy pronto por autólisis, con lo cual adquiere color rojo sucio y consistencia blanda.

Timo: Se observa primeramente una blandura especial del parénquima, que, al cabo de algún tiempo, puede coincidir con una imbibición sanguínea del tejido. En períodos más avanzados sobreviene una autólisis del órgano, fluidificándose los tejidos y formándose cavidades de las que se obtiene, por expresión, un líquido blanquecino o sanguinolento.

Corazón: Con relativa rapidez en relación con la musculatura del aparato locomotor, es decir ya dentro de las primeras horas de la muerte, aparece la rigidez cadavérica

en el

en el corazón; se inicia en el ventrículo izqdo. A consecuencia de la rigidez cadavérica, el ventrículo izqdo. se vacia casi totalmente, y el derecho en la mitad de su contenido. Téngase en cuenta la penetración posterior de la sangre en los ventrículos, cuando éstos se relajan de nuevo. En las autopsias muy precoces se comprueba que en la primera media hora inmediata a la muerte, la sangre del corazón se conserva líquida; en cambio después se hace la típica separación en crúor y membranas lardáceas, al sobrevenir la coagulación. En caso de degeneración parenquimatosa intensa del miocardio (septicemia) puede faltar totalmente la rigidez cadavérica. En estas circunstancias, los ventrículos están completamente relajados; la misma flaccidez posee el corazón tan pronto como hadesaparecido la rigidez cadavérica a consecuencias de los procesos de putrefacción. Relacionado con esto, aparece la opacidad del miocardio. Al mismo tiempo, por la desintegración de la hemoglobina, el endocardio y particularmente el tejido de las válvulas adquiere un color rojizo (imbibición sanguínea). Cuando la putrefacción está algo avanzada, se encuentran gases, sobre todo en la aurícula derecha.

Pericardio: Casi siempre se observa maceración del epitelio de revestimiento (enturbiamiento ligero del líquido pericárdico, el cual llega a tener grumos perceptibles a simple vista).

Vasos: Por disolución de la hemoglobina e imbibición sanguínea de los tejidos, aparece en el cadáver una coloración rojiza, difusa o a trechos, de la íntima de los vasos y singularmente de la aorta. En la ictericia se observa una imbibición biliar.

Médula ósea: Las modificaciones cadavéricas, perceptibles a simple vista, tardan bastante en aparecer. Los fenómenos de autólisis comienzan, en cambio, muy pronto e impiden el estudio de los finos pormenores del citoplasma. Las que mejor se conservan son las eosinófilas, lo que erróneamente hace pensar en un aumento relativo de éstas célilas. Es notable la aparición de los cristales de Neumann o de Charcot-Leyden producidos no por la putrefacción, sino por la autólisis.

Ganglios linfáticos: Las modificaciones cadavéricas se presentan con rapidez variable después de la muerte, y consisten fundamentalmente en un cambio de color y sobre todo en un reblandecimiento de los ganglios.

Bazo: Aparte de cierta contracción, éste órgano presenta a menudo con gran rapidez modificaciones cadavéricas. Lo más notable es el reblandecimiento. La rapidez con que éste aparece varía mucho en relación con la enfermedad padecida por el sujeto. El reblandecimiento falta, por regla general, en los bazos muy atrofiados.

También sin importantes los procesos de putrefacción. Bajo la influencia del ácido sulfhídrico procedente del intestino forman manchas azulado-negruscas (estas manchas dependen de la formación de súlfuro de hierro). Bajo la influencia de la putrefacción el bazo se torna rojo-negrusco sucio, o bien verde-negrusco, y el parénquima muy difluente.

AUTOPSIA MEDICO LEGAL O JUDICIAL

I.- Noción y definición.-

Se entiende por autopsia "el examen del cadáver para indagar o comprobar la causa de la muerte". Su objeto puede ser meramente científico médico, esto es, con el fin de conocer las modificaciones anatómicas producidas a consecuencia de una enfermedad, en cuyo caso se habla de autopsia clínica o anátomo-patológica, como puede ser indagatorio, para establecer el mecanismo de la muerte cuando se teme la comisión de un delito, en cuyo caso se llama autopsia judicial o médico-legal.

Toda muerte de causa desconocida o sospechosa de la comisión de un delito requiere de autopsia médico legal. Se practican, a petición expresa del Juez, por perito médico o médico legista. La autopsia judicial tiene por objeto: 1º, la búsqueda de la causa médica de la muerte y de los estados patológicos preexistente; 2º, la determinación de la forma médico legal del hecho judicial (homicidio, suicidio, accidente, muerte natural) y de las fases del drama; 3º, determinación de la fecha de la muerte; 4º; identificación del cadáver.

El inciso 2° del Art. 125 del Código dx Procedimiento Penal define la autopsia como "la apertura del cadáver en las regiones que sea necesario para el efecto de descubrir la verdadera causa de la muerte" dando un concepto restringido que no corresponde a lo que se entiende por autopsia en su significado médico legal. La autopsia judicial, para poder cumplir con su cuádruple misión, es una operación que se descompone obligatoriamente en dos tiempos, tan importante uno como otro: el examen externo del cadáver y la abertura de la cavidad tóraco abdominal y del cráneo con el examen de los respectivos órganos. La definición legal tan solo se ha referido a este último aspecto.

Al encontrarse un cadáver que haga sospechosa la comisión de un delito, es necesario investigar la causa precisa y necesaria de la muerte y para ello nuestro Código de Procedimiento Penal señala cuatro caminos fundamentales:

1º) La descripción del lugar y demás menciones señaladas en el Art. 112;

2º) el reconocimiento del cadáver, que debe realizarse en la forma prescrita en el inciso 2° del Art. 121;

3º) La autopsia del mismo, conforme a las prescripciones del Art.126;

4º) la identificación.

El Art. 112 señala: "Cuando el delito que se persigue haya dejado rastros o señales, el Juez procederá personalmente a tomar nota de ellos y describirá detalladamente en el proceso los que puedan servir para determinar el cuerpo del delito o la persona del delincuente.

Con este fin, consignará la descripción del lugar en que se cometió el delito, del sitio, y estado dx los objetos que en él se encuentran, de los accidentes del terreno, de la situación de las habitaciones, y de todos los demás datos que puedan utilizarse en favor o en contra de los presuntos culpables.

Del mismo modo, si fuere habida la persona o cosa objeto del delito, el Juez describirá su estado, con aquellos datos especiales que tengan relación con el hecho punible".

El Art. 121 expresa:"Cuando se sospeche que la muerte de una persona es el resultado de un delito, se procederá antes de la inhumación del cadáver o inmediatamente después de exhumado, a efectuar la descripción ordenada en el Art. 112, a practicar el reconocimiento y autopsia del cadáver y a identificar la persona del difunto.

La descripción expresará circunstanciadamente el lugar y postura en que fué hallado el cadáver, el número de heridas y señales exteriores de violencia y partes del cuerpo en que las tenía, el vestido y efectos que le hallaren, los instrumentos o armas encontradas y de que se haya podido hacer uso, y la conformidad de su forma y dimensiones con las heridas y señales de violencia.

En los casos de muerte causada por vehículo en la vía pública y sin perjuicio de las facultades que corresponden al Juez competente, efectuará la descripción a que se refiere el inciso anterior y ordenará el levantamiento del cadáver un Oficial del Cuerpo de Carabineros

de grado no inferior al de Teniente, asistido por un funcionario del mismo servicio quién actuará como testigo. Se levantará un acta de lo obrado que firmarán ambos funcionarios, la que se agregará al proceso".

El Art.126 señala:"Los médicos deben expresar en su informe las causas inmediatas que hayan producido la muerte, y las que hayan dado orígen a estas.

Si existen lesiones, deben manifestarse su número, longitud, profundidad, la región en que se encuentren, los órganos ofendidos y el instrumento con que han sido hechas, especificando:

1º Son el resultado de algún acto de terceros (esto esta destinado a pronunciarse sobre si el acto es homicidio, suicidio o accidente, que son las tres posibilidades médico legales de causa de la muerte).

2º Si en tal caso la muerte es consecuencia necesaria de tal acto, o "si han contribuído a ella alguna particularidad inherente a la persona, o un estado especial de la misma (concausa), circunstancia accidentales, o en general cualquier otra causa", ayudada eficazmente por el acto de terceros (delito preterintencional).

3º Si habría podido impedirse la muerte con socorros oportunos y eficaces.

II.- Clases de Autopsias y forma de realizarlas.-

Las autopsias pueden ser generales o especiales, según si la investigación es amplia o restringida a un solo órgano o conjuntos de órganos.

Las autopsias judiciales, sin embargo, deben ser siempre generales; esto es, deben comprender el examen de cada uno de los órganos del cadáver, aun cuando la causa de la muerte aparezca con relativa claridad. Más todavía, una buena técnica exige que no sólo se practique la autopsia propiamente tal, sino que se complete con el examen histológico de los tejidos sospechosos, con el análisis químico de las vísceras (posible envenenamiento) y con el análisis bacteriológico de la sangre y otros líquidos (posible enfermedad).

La razón por la cual las autopsias deben ser generales es fácilmente preceptible: al Juez no le basta, por regla general, con saber la causa precisa y necesaria de la muerte, sino que necesita ser instruído sobre numerosas circunstancias accesorias que sólo pueden establecerse mediante el examen detenido de todos los órganos del muerto. Por vía de ejemplo: presencia o ausencia de alimento en el estómago(para conocer la hora de la muerte); grado de alcoholemia en la sangre (accidente o muerte en riña); signos de cópula reciente; ruptura de un aneurisma (concausa); existencia de un chancro sifilítico.

No obstante lo dicho, hay casos en los cuales solamente puede hacerse una autopsia especial, cuando no se dispone de la totalidad del cadáver, sino de algúnas regiones extremidades u órganos.

La autopsia, en el sentido médico legal, abarca dos suertes de reconocimiento: 1º, el examen externo del cadáver; 2º, el examen interno del mismo.

La autopsia médico legal no se parece a la practicada en los hospitales. Difiere por su objeto y por su técnica. El perito médico o médico legista debe seguir ciertas reglas particulares en la práctica de la autopsia, pues existen regiones y órganos médico legales que deben ser examinados especialmente.

I.- Examen externo del cadáver: Este examen comprende gran parte de las menciones señaladas, impropiamente, en el inciso 2° del Art.121, como indagaciones distintas de la autopsia misma. Ellas son: a) la identidad del cadáver, siempre que se trate de un desconocido; b)los fenómenos cadavéricos, para establecer la cronología de la muerte; c) investigación de las regiones médico legales; c) las lesiones externas y d) examen de manchas.

Con estos objetos, el autopsiador deberá consignar en su informe:

En cuanto á la investigación de signos de identidad deberá referirse a talla, dentición y su estado, estado general del cadáver, su edad aparente, sus signos particulares, color del cabello, ojos, tatuajes, etc. (Todo esto es muy importante, cuando se trata de un desconocido, o si hay posibilidad de sústitución del cadáver. En el estudio de los fenómenos cadavéricos, al enfriamiento, a la presencia o ausencia y ubicación de rigidez y lividoces cadavéricas, al grado de putrefacción. En la exploración de las regiones médico-legales al estado del cuello, cuero cabelludo, orificios naturales (boca, nariz, orejas, ano), conjuntivas (equímosis), órgano genitales, manos y uñas

(manchas o salpicaduras de sangre, restos de pólvora, estigmas profesionales, huellas digitales, colgajos dermoepidérmicos y polvo subungueal). En la investigación y análisis de huellas de violencias: presencia o ausencia y caracteres de equímosis, erosiones, contusiones variadas, con determinación exacta de su situación, forma, dimensiones, dirección y caracteres morfólogicos; signos de asfixia, fracturas. Incisiones de la piel deben ser practicadas sistemáticamente para descubrir equímosis profundas en partes salientes, hombros, codos, dorso, regiones lumbares, caderas, rodillas, maléolos; deben consignarse la topografía de lesiones de caída, así como en manos y antebrazo; topografía de lesiones de defensa.

La disección del cuello, representa un tiempo especial, indispensable cuante existen huellas sospechosas de estrangulación o bien cuando el examen externo del cadáver es negativo. Debe observarse plano por plano, hasta la profundidad (musculatura, paquete vásculonervioso, cuerpo tiroides, glándulas salivales). El examen de laringe, del cartílago tiroides, del hueso hioides, del plano prevertebral y la incisión longitudinal de las arterias carótidas se realiza en un segundo tiempo de la autopsia.

II.- Abertura del cadáver; examen interno. Tiene por objeto precisar la causa de la muerte por el examen de los distintos órganos: corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones, estómago, instestinos, encéfalo, etc. El estudio de los órganos señalados sirve para establecer la causa de muerte, así como para describir con precisión la forma y naturaleza de las lesiones, el recorrido de los proyectiles, el estudio de las grandes vísceras y demás circunstancias accesorias a que nos hemos referido. También sirve para saber si la muerte ha sido consecuencia de las lesiones observadas, si éstas sólo coadyudaron al fin o se infirieron con posterioridad a la muerte (por ejemplo, cuando se trata de simular un suicidio con un disparo en la sien del cadáver).

La abertura de la cavidad tóraco abdominal y el examen de sus órganos son practicados primeramente si la lesión mortal se halla en el tronco. El examen interno empieza por la inspección general de las vísceras y exploración de las cavidades y de los fondos de saco pleurales; después se continúa en busca de desgarros de órganos, focos hemorrágicos que permiten fijar el trayecto seguido por el agente vulnerante.

El estómago médico legal, tiene mas valor por el contenido que por el continente. Debe ser abierto con precaución para recoger todo el líquido que encierra, líquido cuyo aspecto y composición informan sobre la naturaleza de los productos ingeridos y grado de digestión. Cuando hay sospechas de envenenamiento el órgano entero es retirado entre dos ligaduras antes de extraerlo, el corazón es escindido en su sitio para retirar sangre de los ventrículos.

La investigación de la embolía pulmonar (clinicamante desconocida en el 40 a 80% de los casos) deben hacerse sistemáticamente, si se trata de muerte súbita, antes de proceder a la ablación de los pulmones Si se sospecha aborto criminal, y el cadáver es reciente, debe buscarse la embolía gaseosa antes de continuar la autopsia.

La evisceración supradiafragmática debe ralizarse cuidadosa y meticulosamente. Las vísceras abdominales deben ser reiteradas y examidadas aisladamente. En los casos de aborto, la extracción en masa de los órganos genitales, por vía perineal, es lo recomendable.

La fractura de costillas, columna vertebral, pelvis (infiltración sanguínea en el psoas) no debe ser omitida antes de pasar al cráneo.

La búsqueda de proyectiles, tan importante, da con frecuencia mucho trabajo. La palpación del cadáver, en el lado opuesto al orificio de entrada, permite con frecuencia percibir la bala detencida bajo la piel. Explorar también los fondos de saco pleurales y.... la mesa de autopsia donde ha podido rodar la bala buscada.

La abertura del cráneo debe hacerse con sierra (el uso del martillo o escoplo está absolutamente proscrito). Las particularidades del examen médico legal comprenden: inspección del pericráneo y de la cara profunda del cuero cabelludo; despegamiento de la duramadre, de la bóveda y de la base, para facilitar la búsqueda de fisuras traumáticas; el examen de las meninges (Hemorragias, exudados, etc.), del cerebro (focos de contusión puestos de manifiesto levantando las meninges blandas), transversal (por cortes, de los hemisferios, cerebelo, pedúnculos cerebrales, bulbo, etc. Deben buscarse signos de compresión cerebral derrame abundante de LCR, aplanamiento de circunvoluciones, herniación de amigdalas cerebelosas, hiperemia venosa, petequias de sustancia blanca.).

Rn. 14266

Reg 1877

Reg. 14266

MARC. 47611

El resultado de la autopsia se consigna en el llamado Informe de Autopsia, que se compone de tres partes: a) el preámbulo o introducción, en el cual se hacen las descripciones generales; b) el protocolo de autopsia, que es la narración circunstanciada de las operaciones realizadas en el cadáver y las observaciones hechas, y c) la conclusión, en la que el autopsiador señala cuál ha sido la causa precisa y necesaria de la muerte, así como el mecanismo de su producción.

Extracciones, Investigaciones complementarias en la Autopsia

En nuestros dias la autopsia médico legal (no es suficiente. A las observaciones macroscópicas es frecuentemente indispensable añadir los,resultados de investigaciones microscópicas, químicas, bacteriológicas. De aquí la necesidad de efectuar, en el curso de la autopsia sangre para dosificar alcohol u oxido de carbono; heridas u órganos interesantes conservados en formol al 5%, contenido traqueal o gástrico; cabellos, exudación bronquial; extracciones bacteriológicas (Toda esta información y sus conclusiones deben consignarse en el Informe de Autopsia)

III.- Disposiciones legales que rigen la materia

El Art. 125 del C.P.Penal, dispone que en los casos de muerte sospechosa, debe procederse siempre a la autopsia del cadáver aún cuando pueda colegirse la causa del deceso por la inspección externa del mismo. Expresa "Aún cuando por la inspección externa del cadáver pueda colegirse cuál haya sido la causa de la muerte, el Juez mandará que se proceda por facultativo a la autopsia judicial". (Además señala, que " puede ser llamado para presenciar la operación el médico qu asistió al difunto en su íltima enfermedad, cuando convenga obtener d él datos sobre el curso de dicha enfermedad".)

Ordinariamente las autopsias judiciales son practicadas por los médicos legistas, médicos especialistas en Medicina Legal, pertenecie tes al Servicio Médico Legal de Chile. A este Servicio corresponde se gún el D.F.L. 196 de 1960, la asesoría técnica de los Tribunales de J ticia en materia médico legal (peritajes de autopsia, lesiones, psiquiatría, etc.). En Santiago los peritajes son practicados por los m dicos legistas del Instituto Médico Legal Dr. "Carlos Ibar " y en su local (excepcionalmente el Juez designa a otro perito que no sea del Instituto, en todo caso el control técnico, la supervisión de todos l informes corresponde legalmente al Instituto como organismo técnico c tífico y administrativo central al Servicio Médico Legal). Para el ca de provincia, el Art. 10 del referido decreto fuerza de ley, dispone a la Sección Tanatología de los Servicios Médico Legales de provincia departamentos, comunas corresponderán las pericias en cadáveres o res tos humanos.

El Art. 2° de la Ley 14.657, de 1961, dispone que "en las ciuda en que el Servicio Médico Legal carezca de locales especiales para pr ticar autopsias, los cadáveres serán conducidos para dicho objeto a l dependencias que para este fin existen en los hospitales respectivos, donde serán puestos a disposición del legista de aquél Servicio(o a i ta de éste, del que designe el tribunal conforme a lo dispuesto por e Art.224 del C.P.Penal).

En los casos de cadáveres en estado de descomposición, con respecto a los cuales haya necesidad de practicárseles un reconocimiento este se hará en los cementerios de las correspondientes ciudades en los cuales sxrá obligatorio que exista un depósito apropiado para la intervención médico legal que deba realizarse.

El Art. 137 C.P.Penal dispone que " si el cadáver ha sido sepultado antes del examen pericial, y las circunstancias permitieren creer que la autopsia puede practicarse útilmente y sin peligro para la salud de los que deban ejecutarla, el Juez dará aviso al administrador del cementerio de que va a proceder a la exhumación, indicándol el día y la hora en que la va a practicar. Trasladándose en seguida a ese establecimiento, acompañado de uno o más facultativos, averiguará el sitio en que fué sepultado el cadáver, lo hará desenter y lo identificará con el testimonio de las personas que lo enterraron o de otros que puedan reconocer al difunto. Practicadas estas diligencias, de que se pondrá testimonio en autos, y ejecutada la operación pericial, el cadáver será nuevamente sepultado".

El peritaje en un exhumado que ya ha tenido una autopsia judicial no es infrecuente (En Santiago, el Instituto Médico Legal dispone de locales apropiados para este efecto).

ESQUEMA DE UN INFORME MEDICO LEGAL DE AUTOPSIA

(Ciudad).....de.....19.....

PREAMBULO:

Con fecha.....de.....de 197.., siendo las.....hrs. el suscrito .....médico cirujano, domiciliado en..... ..... calle.....Nº....., ha procedido en cumplimiento a la orden judicial emanada del..... ..... a practicar en..... (Juzgado o Tribunal) ..... la autopsia de un cadáver..... (Instituto Médico Legal) (Desconocido o identificado)

ANTECEDENTES:

Según informes suministrados por.....

el occiso fue enviado desde.....

con el antecedente de haber sido encontrado.....

DESCRIPCION: Con fines de identificación.

a) Ropa: Descripción de tipo criminalístico (manchas, huellas, orificios)
b) Identificación del cadáver:
1.- Antropológica : Peso, estatura, tipo constitucional, color de la piel, pelos corporales, manchas pigmentarias cicatrices, tatuajes, rasgos faciales, iris, labios, dentadura, etc.
2.- Dactiloscópica
c) Fenómenos cadavéricos.
d) Exploración de las regiones médico legales:
1.- Cuero cabelludo
2.- Cuello
3.- Boca
4.- Región ano-genital
5.- Manos
e) Descripción de las lesiones externas
f) Examen interno del cadáver
g) Exámenes de Laboratorio.

DISCUSION:

1.- No habrá discusión en los casos en que el diagnóstico sea la consecuencia evidente y directa de los hallazgos necrópsicos.
2.- Servirá para aclarar casos de dudosa interpretación anátomo-clínica.
3.-Permitirá relacionar los antecedentes del caso con los resultados de la autopsia.

CONCLUSIONES:

1.- Datos de identificación.
2.- Causa de la muerte.
3.- Otras conclusiones derivadas de la causa de muerte.
4.- Forma médico legal de la muerte (suicidio-homicidio o accidental.

Saluda atentamente a Usía

DR.....

AL SEÑOR
JUEZ DEL..... JUZGADO O TRIBUNAL.
PRESENTE.-

vpa/

El autopsiador deberá ser siempre un facultativo, esto es un médico con título expedido por las autoridades correspondientes. Por vía de excepción, en los casos en que hubiere facultativo en una localidad, puede prescindirse de la autopsia y, en dicho evento, el reconocimiento será hecho por el Juez asociado con dos testigos (Art. 128."En los lugares en que no hayan facultativos que hagan la autopsia judicial de los cadáveres, los reconocerán el Juez y los testigos, y estos extenderán sus certificados con los pormenores indicados en el Art. 126, en cuanto les sea posible).Esta disposición altamente inconveniente, no utiliza y en su reemplazo se dispone el traslado del cadáver a otro lugar en el cual sea posible la autopsia.

El facultativo autopsiador será el médico de la ciudad, en conformidad al Art. 224 del C.P.Penal y, en su defecto, el médico de la Municipalidad ("En los juicios en que se ejercite la acción pública, el nombramiento de perito, corresponde al Juez,quién habrá de designar como tal, en los casos de autopsia o examen médico, al facultativo que sea de la ciudad, o a falta de éste, al de la Municipalidad respectiva, a menos de existir razones especiales que aconsejan la designación de otro diverso y que se expondrán en auto motivado). Esta disposición está complementada por la de los Arts. 7° y 8° del D.F.L. Nº 2175 que establecen lo que sigue :"En las ciudades en que no existan médicos legistas, el Presidente de la República podrá encomendar estas funciones a otros médicos remunerados por el Fisco;" "Todos los Médicos legistas serán considerados médicos de ciudad para los efectos de lo dispuesto en el Art. 224 del C.P.Penal y demás prescripciones legales.

De acuerdo con el Art. 224 del C.P.Penal, los autopsiadores son peritos y el Juez está en la obligación de nombrar en dicha calidad a los que hemos señalado, salvo cuando existieren razones especiales que aconsejen la designación de otro diverso, las que expondrá en un auto motivado. Por otra parte, el inciso segundo de la misma disposición legal, permite que las partes designen otros peritos para que se asocien al nombrado por el Juez.

En cuanto a las personas que tienen derecho a presenciar la autopsia, dispone el inciso 3° del Art. 125 del Código, que puede ser llamado el médico que atendió al difunto en su última enfermedad. Fuera de este, el secreto del sumario aconsejaría que se impidiera la presencia de las partes interesadas en el proceso, salvo que se efectuaré una autopsia durante el plenario;pero en el hecho no se ponen tropiezos excesivos, ya que el Art. 14, inciso 2°, del D.F.L. Nº2175 dispone lo que sigue:"En los casos en que la Justicia ordene practicar reservadamente una autopsia, sólo serán admitidas a ella las personas designadas por el Juez y no podrán ser utilizados los resultados de la autopsia en la enseñanza, sin previa autorización del Tribunal respectivo".

Interpretando "a contario sensu" este precepto habría que admitir que, en los casos en que el Juez no ordene la reserva de la autopsia, ella puede ser presenciada por cualquier persona.

El valor probatorio de un informe de autopsia es el mismo de un informe de peritos.-



A esperança é o caminho para a fé; a fé é o caminho para a felicidade.

Querida Marisol

Para você, esta
linda mensagem do
cartão, pedindo
ao bom Deus que
seu coração esteja
transbordando de
fé.

Um abraço carinho-
so dos amigos

Rio, 31.8.83

Leda
e
Nelito

43-Marcador de Páginas
LITOARTE - Caxias do Sul
Fone: (054) 221.42.01