

Revista de la
Escuela de Medicina Legal

órgano de expresión de la comunidad científica afín
a la Medicina Legal y las Ciencias Forenses



Número 1

ENERO DE 2006

4

Tomás Maestre Pérez, fundador de la Escuela de Medicina Legal

Enrique Dorado Fernández

12

Reflexiones sobre la especialidad de Medicina Legal y Forense

Prof. José Delfín Villalaín Blanco

35

«Postmortem *Pink-Teeth*»: un curioso fenómeno

María Elena Labajo González, José Antonio Sánchez Sánchez y Belén Buera Cienfuegos-Jovellanos

47

Marcas de mordida: últimas técnicas de análisis

María Elena Labajo González, José Antonio Sánchez Sánchez y Laura Lafuente López

54

Actualidad médico-legal:

Análisis del Reglamento Regulador de la Actividad Pericial Médica del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Prof. Vicente Moya Pueyo y Ana Patricia Moya Rueda

72

Miscelánea:

XI Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense - Asamblea General de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense

Prof. Vicente Moya Pueyo

Revista de la Escuela de Medicina Legal

órgano de expresión de la comunidad científica afín a la Medicina Legal y las Ciencias Forenses

Comité científico

Presidente D. José María Ruiz de la Cuesta Cascajares

Sección de Antropología Forense

D. Miguel Botella López
D. Francisco Etxeberría Gabilondo
Dña. Concepción Magaña Loarte
D. Manuel Polo Cerdá
D. José Luís Prieto Carrero
D. Pablo Arturo del Río Muñoz
D. José Antonio Sánchez Sánchez
D. Gonzalo Trancho Gayo
Prof. Douglas Ubelaker

Sección de Atención Primaria

Dña. María Elena Albarrán Juan
D. Atef Kanaan Kanaan
D. Andrés Santiago Sáez

Sección de Bioética

D. Rogelio Altisent Trota
D. Miguel Sánchez González

Sección de Biología Forense

D. Ángel Carracedo Álvarez
D. Felix Gómez Gallego
Dña. Eva Fernández Domínguez
Dña. Isabel López Abadía
Dña. Ana María López Parra
D. José Antonio Lorente Acosta

Sección de Criminología y Criminalística

D. Manuel Cobo del Rosal
Coronel D. José Antonio García Sánchez-Molero
D. Alfredo Rodríguez García

Sección de Derecho Sanitario

Dña. Ana Berrocal Lanzarot
D. Miguel Fernández Sevilla
D. Emilio Lizárraga Bonelli

Sección de Especialidades Hospitalarias

Dña. Marisol Dorado Pombo
D. José Luis de Gregorio Jabato

Sección de Odontostomatología

D. Armando Caballín García
Dña. Elena Labajo González
D. Bernardo Perea Pérez
D. José María Vega del Barrio

Sección de Patología Forense

D. Andrés Bedate Gutiérrez
D. Enrique Dorado Fernández
Dña. Concepción Millana de Ynes

Sección de Psiquiatría Forense

D. Santiago Delgado Bueno
D. Antonio López Anon
Dña. Marisol Rodríguez Albarrán

Sección de Medicina Legal y Legislación Sanitaria

Profª. María Castellano Arroyo
Prof. Luís Concheiro Carro
D. Jorge Díaz Juan
Dña. Marina Gisbert Grifo
Dña. Begoña Martínez Jarreta
Dña. Mercedes Martínez León
Prof. Vicente Moya Pueyo
Prof. Aurelio Luna Maldonado
D. Antonio Piga Rivero
D. Daniel Queipo Burón
D. José Luís Romero Polanco
D. Fernando Verdú Pascual
Prof. José Delfín Villalaín Blanco

Sección de Toxicología

D. Juan de Dios Casas Sánchez
D. Manuel López-Rivadulla Lamas
D. Manuel Sancho Rúa
D. Luís Segura Abad

Sección de Valoración del Daño Corporal

Dña. Pilar Alias Martín
Dña. María Teresa Criado del Río

Revista cuatrimestral

Editorial



La Revista de la Escuela de Medicina Legal, sale a la luz con la idea de compartir un espacio en las publicaciones que sobre Medicina Legal y Forense existen en nuestro país. Fomentar los trabajos de investigación, actuar como vehículo de las inquietudes de los profesionales y jóvenes investigadores que cada día realizan su trabajo en Departamentos, Institutos o Instituciones de Medicina Legal y Forense es la idea directriz que nos ha impulsado a crearla. No es nuestra pretensión disgregar y atomizar los posibles trabajos que se realicen en nuestra área, sino al contrario incitar a que se publique cada vez más y con mayor calidad. Otra de las ideas directrices es la de estar abierto a cualquier especialidad dentro de nuestra disciplina y con aquellas otras que pudieran tener zonas comunes con la Medicina Legal y Forense. Consideramos que especialización y multidisciplinariedad deben ir unidas en los estudios actuales en los que los niveles de exigencia son cada vez mayores.

Los otros objetivos que nos hemos propuesto han sido: **gratuidad y acceso rápido**, de tal forma que cualquier investigador pueda disponer de forma prácticamente instantánea a través de la red cualquiera de los artículos. Para ello se publicará en formato digital con acceso a todo su contenido. Ello no es óbice para que también exista una publicación de periodicidad cuatrimestral en formato tradicional que se enviará igualmente de forma gratuita a todas aquellas instituciones más relevantes que existen en nuestro país.

La inclusión en el comité científico de figuras relevantes de la medicina legal mundial amplía también el círculo de participación a profesionales de otros países que deseen publicar en esta revista, con ello creemos que se incrementará la calidad de los trabajos.

Esto nos lleva a un tema repetitivo al que nos enfrentamos continuamente tanto cuando realizamos nuestro trabajo como investigadores, como en reuniones y foros científicos; nos referimos a la lengua de publicación. En este sentido hemos asumido un reto, si no es novedoso, sí supone como poco un desafío en la ortodoxia de la mayoría de las publicaciones. En efecto, nuestra propuesta es: publicación en papel en lengua castellana, pero si el autor asume la obligación y responsabilidad de la traducción, en cualquier otra lengua, la revista lo aceptará y asumirá dentro de la publicación digital. En este sentido también hemos de comentar que el formato digital adquiere también la obligación de publicación de fotografías en color, que en papel resultan altamente costosas.

Nos resta decir para este primer número, que es idea de la dirección de la Revista de la Escuela de Medicina Legal y Forense, la publicación en el próximo número de un editorial completo dedicado a las publicaciones anteriores y actuales de Medicina Legal y Forense de nuestro país, por lo que pedimos la colaboración de los lectores que puedan aportarnos sus conocimientos acerca de las publicaciones que sobre todo se han producido en el pasado, a fin de incluirlas en esta relación.

Para finalizar, hay que decir que deseamos que todas las ideales y esperanzas que ha depositado el equipo director y colaboradores, que han ofrecido su ayuda de forma altruista para la creación de esta nueva revista, se vean compensadas, y que igualmente resulte un vehículo idóneo de expresión, comunicación y lugar de encuentro para todos los profesionales e instituciones que nos dedicamos al estudio de la Medicina Legal y Forense.



José Antonio Sánchez

Comité de redacción

Director

José Antonio Sánchez Sánchez

Codirectores

Bernardo Perea Pérez

Andrés Santiago Sáez

Jefe de Redacción

M. Carmen Moreno Robles

Redacción

María José Anadón Baselga

Eduardo Arroyo Pardo

César Borobia Fernández

María Herrera Laguna

Javier Ladrón de Guevara y Guerrero

María Teresa Ramos Almazán

Diseño y maquetación

MCMR

Dirección de la revista

Escuela de Medicina Legal y Forense

Departamento de Toxicología

y Legislación Sanitaria

Facultad de Medicina

Ciudad Universitaria

28040 Madrid

Correo electrónico

jsanchez@med.ucm.es

www.ucm.es/info/medlegal



Tomás Maestre Pérez, fundador de la Escuela de Medicina Legal

Enrique Dorado Fernández

Médico forense. Alcalá de Henares (Madrid)

No podía omitirse, en este primer número de la Revista de la Escuela de Medicina Legal, un recuerdo para el que fuera creador y primer director de esta Escuela, don Tomás Maestre Pérez, de quien recientemente se han cumplido 69 años de su muerte, en plena contienda civil.

Tomás Maestre fue un extraordinario médico forense y catedrático de Medicina Legal de la Universidad Central de Madrid. En su trayectoria profesional, fueron innumerables los asuntos en que intervino, a los que siempre dotó de alta calidad y rigor. Pero su obra de mayor alcance culminaría en la creación del Instituto, luego Escuela, de Medicina Legal el 31 de diciembre de 1914.

Vamos a recordar algunos aspectos de su vida y obra, ciñéndonos a su vertiente profesional en la Medicina Legal y Forense, ya que como intelectual polifacético también estrenó, con éxito, obras de teatro, fue polemista y asiduo concurrente al Ateneo madrileño, publicista que mantuvo a lo largo de su vida la colaboración en diversas publicaciones, y político que ejerció activamente desde su escaño de senador.

De él se ha dicho «*en la docencia, en la investigación, en su actividad criminalista siempre puso calor, lirismo o dramatismo, según circunstancias. Ni era frío en la cátedra ni en el estrado de la audiencia. Vivió el modo y estilo de vivir de su época y lo hizo apasionadamente, volcándose en cualquier problema candente.*»¹

Inicios en la Medicina

Tomás Maestre Pérez, Tomás, o Tomás Venancio Félix como reza en el libro de bautismo, nace el 18 de mayo de 1857 en Monóvar, tierra alicantina donde también vio la luz el insigne escritor Azorín. Cuando tenía 7 años se traslada la familia a vivir a Murcia, ciudad con la que siempre mantendrá fuertes lazos afectivos. Estudia Medicina en la Universidad Central de Madrid entre los cursos 1873/74 y 1876/77, logrando la calificación de sobresaliente en el grado de licenciatura, aunque, ironías del destino, en la asignatura de Medicina Legal y Toxicología sólo obtuvo un simple aprobado.

Regresa a Murcia, donde trabaja como médico suplente en el Hospital Provincial de San Juan de Dios, al tiempo que cultiva una intensa actividad pública. Es nombrado inspector de Salubridad de Murcia, interviniendo de forma destacada en la epidemia de cólera de 1885, durante la cual propone un

Notas

1. Eduardo Bonet. Vida y obra del Dr. Tomás Maestre. Museo de Artes y oficios de Monóvar. 1983

polémico método mediante inyecciones hipodérmicas, que la sagacidad de un farmacéutico vallisoletano comercializa a toda España en forma de unos célebres maletines. De la popularidad que alcanzó su método nos da cuenta Pérez Galdós en El Cronicon «...ha salido un nuevo especialista contra el cólera, el doctor Maestre quien parece que lo cura en un periquete por medio de inyecciones hipodérmicas. La fama de este doctor ha trascendido por todo el país infectado, y de uno y otro pueblo lo solicitan, como solicitan los auxilios profilácticos del doctor Ferrán».

Y de nuevo se instala en Madrid para cursar los estudios de doctorado, que entonces incluían las asignaturas de «Historia Crítica de la Medicina», «Ampliación de la Higiene Pública y Epidemiología», «Análisis químico y en particular de los venenos» y «Antropología». Los ejercicios de grado los aprobará en 1901 con la calificación de sobresaliente, y presentará la tesis sobre «Deformidades del cuerpo humano desde el punto de vista de la Medicina Legal» en 1902.

Regresa a Murcia, donde oposita a médico titular de la Beneficencia, plaza que no consigue, superado por el oftalmólogo Benito Closa. Esta decepción, unida a problemas de índole familiar, le deciden a trasladarse a Madrid, con el afán de triunfar como autor teatral, consiguiendo la promesa del estreno, más adelante, de su obra «Los Degenerados» por la compañía del célebre Vico.

Tras retornar a Murcia, contrae matrimonio, y centra su labor profesional en el estudio y la práctica clínica, instalando una consulta, La Puxmarina «*Consulta pública de medicina y cirugía por don Tomás Maestre, con especialidad de las enfermedades de los niños y afecciones internas*»². Finalmente, gana en oposición la plaza de médico de la Beneficencia Provincial.

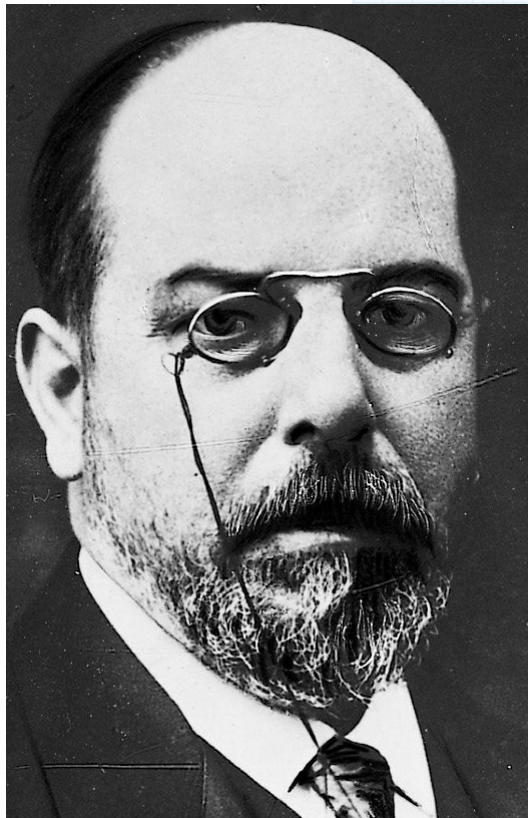
En 1893 se asienta, ya definitivamente, en Madrid, en su casa de la calle Atocha nº 69, y comienza a preparar las oposiciones a médico forense.

Primer médico forense por oposición

La convocatoria fue seguida con gran expectación, ya que era la primera vez que se cubría este plaza mediante el sistema de libre oposición, desde la creación del Cuerpo Nacional de Médicos forenses. En el Tribunal de oposición figuraban Antonio Alfonso Casaña, Teodoro Yáñez, Mariano Carretero, Bibiano Escribano y Adriano Alonso Martínez.

En los sucesivos ejercicios alcanza el primer puesto, de forma que el 26 de marzo de 1894 es nombrado médico forense por el distrito de La Latina, dotado entonces con la cantidad de 3.000 pesetas anuales. Años después, en 1901, se trasladará al juzgado del distrito Universidad.

Del interés que suscitaban aquellas oposiciones informaba el corresponsal en Madrid del Diario de Murcia: «...calificado de sobresaliente entre todos los opositores. ... Y ten presente que, con los que se bate, no son ranas, pues entre ellos hay un Profesor de Medicina Legal del Colegio de San Carlos, que tiene la plaza por oposición; hay un Esquerdo, ateneísta y discutiador, frenólogo y neurópata, de una palabra envidiable; y hay un Dupuy, de gran talento, hijo del célebre Ramón de don Antonio Cánovas...».



Tomás Maestre Pérez

Notas

2. Recogido en J. A. Lorenzo Solano. Tomás Maestre Pérez. Murcia, 1992.



Sobre la intensa labor pericial que desarrolló en los años que ejerció como médico forense, se ha precisado que «practicó 553 autopsias judiciales y ha asistido a más de 1300; ha intervenido de oficio en 8260 asuntos entre causas criminales y pleitos civiles y ha informando oralmente en más de 200 juicios».³

Entre los casos más relevantes en los que participó, ya como perito forense o bien desde la Escuela de Medicina Legal, figura de forma destacada el de los reos de Mazarete, donde su brillante intervención fue decisiva para la conmutación de la pena de muerte de los dos procesados, cuando ya había sido confirmada por el Tribunal Supremo; o el conocido como «caso de las niñas desaparecidas», en que se practicaron todos los estudios que la ciencia de la época permitía (toxicológicos, químicos, antropológicos, biológicos), incluido un faciocraneómetro diseñado por el propio Maestre, para el análisis de los restos de tres infantes, aparecidos al realizar unas obras en la madrileña calle Cea Bermúdez.

«A nuestro queridísimo y sabio maestro. Varios de sus discípulos de 1924-1925»



Participó en el examen del cadáver de Canalejas, asesinado en la puerta del Sol frente al escaparate de una librería, y en la autopsia del cadáver del anarquista Mateo Morral, autor del famoso atentado real en la calle Mayor de Madrid. Fuera del ámbito judicial, fue designado ponente del equipo de peritos que llevaron a cabo el examen antropológico del cuerpo momificado de la Beata Mariana de Jesús. También fueron numerosos sus informes periciales de naturaleza psiquiátrica, en los que aparece fielmente recogida la doctrina de la degeneración del francés Morel, entonces vigente, por lo que en los mismos se prodigan

las descripciones de los presuntos estigmas físicos de la degeneración, así como los árboles genealógicos en busca de antecedentes psiquiátricos familiares, de lo que da ejemplo su publicación «Un loco homicida».

Es de reseñar como el Ministerio fiscal, con ocasión de un procedimiento seguido por una presunto violación, elogia el brillante papel de Maestre como médico forense «*este Ministerio se complace en reconocer y declarar la satisfacción con que ha visto la inteligencia y celo con que han procedido los médicos forenses D Tomás Maestre y don Francisco de Isasa para el esclarecimiento de los hechos origen de esta causa*», y pide su reconocimiento a la sala sentenciadora de la Audiencia Provincial de Madrid, que en consecuencia acordará «*...que se exprese a ustedes el agrado con que ha visto sus trabajos en benéfico de la administración de Justicia revelados en el luminoso informe emitido en el sumario de dicha causa...*».

El secretario de gobierno de Juzgado de la Latina, certifica el ejercicio de Maestre como médico forense en dicho juzgado desde el 31 de marzo de 1894 hasta el 30 de enero de 1901, en que se traslada al distrito Universidad, durante el cual «*no ha faltado en lo más mínimo a sus deberes (...) se ha distinguido notablemente por su actitud, competencia y laboriosidad (...) y ha hecho con ocasión del mismo notables informes sobre casos importantes de Medicina Legal y cirugía que a merecido unánimes elogios por el estudio profundo y gran pericia que sus trabajos han revelado*».

En 1896, con motivo del estreno de su obra de teatro «Los Degenerados», se organizó un homenaje en el Círculo de Bellas Artes de Madrid. Entre los asistentes, se encontraba el histólogo Ramón y Cajal, que en improvisados versos aprovechó la ocasión para avisarle del peligro de los escenarios para la vocación científica.⁴

Notas

3. Eduardo Bonet. Vida y obra del Dr. Tomás Maestre. Museo de Artes y oficios de Monóvar. 1983

4. Ibidem

*También yo en mi adolescencia
cultivé la poesía
y como muchos, pasé
las viruelas de la rima.
(...)
Más al fin, en un ataque
que tuve de buen sentido,
quemé mis libros de versos
y hoy puedo vivir tranquilo.*

En 1899 publica «Lesiones y Deformidad»⁵, que recoge un informe emitido ante los Tribunales de justicia, acerca de la valoración médico legal del daño estético y su tratamiento jurídico en los diferentes países. Llama la atención la actualidad de algunos conceptos discutidos: formas de valorar el perjuicio estético, estimación de días de sanidad y su carácter impeditivo, la necesidad objetiva del tratamiento médico, o la simulación, sobre la que se extiende: «Entre la gente de la hampa y en el lenguaje pintoresco de la trena, hay una expresión titulada el pliegue del pobre (...) se coge un pellizco de la piel de la cara, fuertemente entre los dedos, y se conserva sujeto por varias horas; si el individuo que realiza tal operación se cansa, ayúdase con unas tenacillas de madera (...) y al cabo de algún tiempo queda en la piel de la mejilla un surco hondo o un pliegue saliente, según se quiera, que luego se pinta de rojo o blanco, y hecha queda la cicatriz o la úlcera; ...».

El 10 enero 1900 es nombrado representante oficial en el XIII Congreso Internacional de Medicina en París al tiempo por el cuerpo médico forense de Madrid y por el Ministerio de Gracia y Justicia. E igualmente, el 20 de marzo de 1901, es designado vocal de la Junta Central de Organización y Propaganda del XIV Congreso Internacional de Medicina a celebrar en Madrid, en representación del cuerpo médico forense.

El 27 de febrero de 1902 resulta elegido miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, por la sección de Anatomía y Fisiología. Ingresa con el discurso «El órgano del alma», sobre el la funcionalidad del sistema nervioso como sustentador exclusivo de toda función psíquica. La contestación le correspondió a Gómez Ocaña, primer fisiólogo español, que resume las tesis de Maestre en tres puntos: la impresión y el movimiento constituyen las dos formas capitales de la función nerviosa y corresponden a la acción y reacción físicas, son los sentidos las puertas por donde la energía cósmica penetra en los organismos para despertar las funciones nerviosas, y el cerebro es el órgano del alma.

Sobre esta materia publicará también, en 1904, una «Introducción a la Psicología Positiva», con prólogo de Ramón y Cajal.

Fue un activo socio del Ateneo de Madrid, donde participó como tertuliano y conferenciante, entre otros sobre la reforma de la enseñanza de la Medicina. Gustaba también acudir a las famosas tertulias de la época, como la del café Suizo, en la calle Alcalá, lugar habitual de encuentro de la clase médica, a la que también asistían Ramón y Cajal, Cortezo, Calleja o Florencio de Castro. También frecuentaba el popular café de San Sebastián donde, recuerda Ál-



Notas

5. Lesiones y deformidad. Informe emitido ante los tribunales de justicia por don Tomás Maestre. Imprenta de la Revista de Legislación. Madrid, 1989



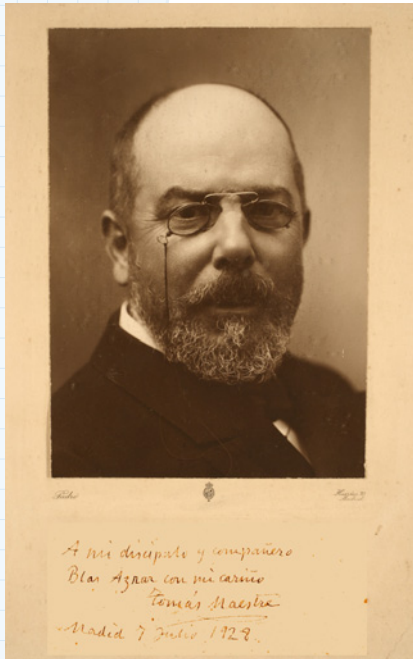
varez Sierra, «era casi siempre el que llevaba la voz cantante, refiriendo las historias fantásticas de crímenes célebres, amenamente aderezados con su exagerada imaginación levantina».⁶

En junio de 1903 gana las oposiciones convocadas para la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de Madrid. Al parecer, en el ejercicio práctico de toxicología le correspondió el estudio de un perro terranova envenenado.⁷

Catedrático de Medicina Legal en Madrid

La trascendental reforma de la enseñanza de la Medicina, a raíz del Plan de estudios de 1843 promovido por Mata, tuvo como consecuencia directa la creación de las dos primeras cátedras de Medicina Legal, en Barcelona y Madrid. En esta última fue el primer catedrático el propio Pedro Mata (1843-1873), al que sucedería Teodoro Yáñez (1874-1901) y a éste Tomás Maestre (1903-1929).

Álvarez Sierra nos recuerda el brillante claustro que constituían los profesores de la facultad de Medicina madrileña al empezar el siglo XX, «como si se hubiesen dado cita ... las personalidades intelectuales más destacadas de la época. Cuatro grandes cirujanos: Alejandro san Martín, José Ribera, Luis Guedea y Ramón Jiménez; cuatro geniales clínicos: Manuel Alonso Sañudo, Amalio Jimeno, Arturo Redondo y Abdón Sánchez Herrero; tres sagaces anatómicos: doctores Olóriz, Calleja y Castro. En sus diferentes disciplinas, doctores Gómez Ocaña, fisiólogo; Fernández Chacón, profesor de Obstetricia; Criado, de niños; Maestre, de Medicina Legal».⁸



«A mi discípulo y compañero Blas Aznar con mi cariño. Tomás Maestre Madrid, 7 de julio de 1928»

Desde la cátedra, Maestre propició una intensa labor investigadora y docente. Él mismo evocará «antes de ingresar yo en el Magisterio me imaginaba que eso de ser catedrático era una verdadera canonjía, algo así como una jubilación con ascenso; después ... me he convencido por experiencia propia que el ser maestro es el oficio más difícil y más trabajoso que existe, cuando se llega a él con voluntad firme de cumplir con el deber».

Notas

6. José Álvarez Sierra. Las tertulias médicas de antaño: Cajal en los cafés madrileños. Anales del Instituto de Estudios Madrileños, tomo I. Madrid, 1966. Artes gráficas municipales

7. Eduardo Bonet. Vida y obra del Dr. Tomás Maestre. Museo de Artes y oficios de Monóvar. 1983

8. José Álvarez Sierra. La Medicina madrileña al empezar el siglo XX. Instituto de Estudios Madrileños. Madrid, 1967. Artes gráficas municipales.

9. Eduardo Bonet. Vida y obra del Dr. Tomás Maestre. Museo de Artes y oficios de Monóvar. 1983

Se ha dicho que con él empezó a utilizarse el título de profesor. Sus clases resultaban muy concurridas, por lo didáctico y ameno de sus exposiciones: «Cuando la clase estaba adelantada, en la marea alta del último cuarto de hora, dejaba el tema de la asignatura y contaba algún caso en que tuviera participación ... entraba el bedel avisando el final de la clase y el profesor ponía en el aire un se continuará antes de llegar al momento más interesante del relato, mientras por sus barbas fluía una sonrisa».⁹

Más tarde Emilio Díez de Revenga escribiría «Dícese que don Tomás Maestre no suspende a ningún estudiante; ¿y cómo habría de hacerlo? Sus cátedras de controversia y de experimentación están pobladas diariamente de todos los alumnos; y él, en la forma, más que maestro es el camarada en la tarea común de la investigación y del estudio (...).».

Creación de la Escuela de Medicina Legal

Como se ha señalado, constituye su principal logro científico. Desde su fundación, y hasta la actualidad, viene prestando sus servicios de asesoramiento y enseñanza en la materia, manteniéndose como centro de referencia. Con ella se reorganizó la docencia, siendo para ello importante el traslado del



depósito de cadáveres judicial desde la Dehesa de la Arganzuela a la facultad de Medicina, en el anexo de la calle Santa Isabel. Sus puertas siempre estuvieron abiertas a quien quiso estudiar o investigar, y por ellas pasaron hombres de ciencia como Teófilo Hernando o Gregorio Marañón.

En un folleto sobre la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Central, fechado en 1945 (recogido por Bonet), se lee sobre el profesor Maestre: *«en clase tuvo el raro talento de conservar la atención de sus discípulos con acentuada intensidad, quienes lamentaban siempre llegase a su término... unido al doctor Alonso Martínez, a quien distinguía una singular modestia y deseo de pasar inadvertido en comunidad de ideas científicas, con la protección del decano doctor Calleja y del ministro de Gracia y Justicia, conde de Romanones, traen al seno de la Facultad de Medicina el Depósito judicial. Maestre nombra a Martínez, en 1908, profesor adjunto de medicina legal, viniendo a ser el primer médico forense que organizó y dio enseñanzas de autopsias médico-legales en cursos regulares, a los alumnos de la asignatura sin desperdiciar ocasión de estimular a cuantos estudiosos le solicitaban medios de estudios».*

La creación del Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría central de España se establece mediante R.O. del día 31 de diciembre de 1914, disponiendo:

1º) Se crea en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid y anejo a la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología de dicha Facultad, el Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría central de España, para la enseñanza de la Medicina Legal, la Toxicología y las enseñanzas mentales.

2º) De este Instituto formará parte el Laboratorio de Medicina Legal de dicha Facultad, con todos sus elementos de personal y material.

3º) Será Director del Instituto el Catedrático de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad Central, estando instalado dicho Centro hasta que tenga local propio en la Facultad de Medicina, de Madrid.

4º) El personal técnico auxiliar, así como los alumnos internos y mozos de Laboratorio de dicho Instituto serán nombrado por el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, a propuesta del Director del Instituto.

5º) El personal técnico auxiliar, los alumnos internos y el mozo de cátedra de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad Central y de su Laboratorio anterior a esta RO pasarán desde esta fecha a formar parte del personal de Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría central de España.

6º) Todo el personal técnico de dicho Instituto podrá ser utilizado por el Catedrático de Medicina Legal y Toxicolo-



El doctor Maestre (en el centro) posa en los exteriores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid



gía de la Universidad Central, Director del nuevo Centro, para la enseñanza y la investigación científica de la Medicina Legal, de la Toxicología y de Psiquiatría de la Cátedra de dicha Universidad.

Sobre el nuevo Instituto, recoge la prensa de la época «los departamentos y laboratorios son sumamente reducidos, pero el material de estudio es sencillamente admirable. La biblioteca, una de las mejores de España. Cierta número de ejemplares, valiosísimos, los ha donado el propio doctor Maestre. Cuenta con bastantes miembros correspondientes en el extranjero. Mensualmente celebra una sesión científica y periódicamente realizan excursiones universitarias. Con frecuencia los juzgados y tribunales de justicia solicitan el asesoramiento de este centro».



El doctor Maestre en su laboratorio

En una entrevista publicada en «Blanco y Negro», describe el periodista el «enorme laboratorio» que constaba de «quince pequeños laboratorios dispuestos para seguir los experimentos los alumnos», y la considerable dotación de material «estufas para cultivos, espectroscopios, microtomos, microscopios, cámaras de proyección y cinematógrafos, todo cuidado y bruñido». Con una mención expresa a los departamentos de Fotografía y de Dactiloscopia, que guardaban una rica colección de fichas antropométricas, entre ellas del Conde de Romanones o Juan de la Cierva.

En otro artículo, en esta ocasión publicado en «La Esfera», Maestre es visitado en el segundo piso de la de la Facultad de Medicina de San Carlos, lugar donde se sitúa el Instituto, al que Maestre llama cariñosamente la casa «cuatro habitaciones llenas de armarios repletos de libros científicos, preparaciones microscópicas, plantas y cráneos. (...) en aquellas cuatro habitaciones ha dejado el dr. Maestre cuando dinero ha podido sacar al Estado y sus propios ahorros. El mismo hizo la instalación y clavó tachuelas y alcayatas...».

Años después, el 8 de enero 1929, el Instituto pasa a denominarse Escuela de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. La Gaceta de Madrid publica en su número del día 19 de enero «en vista de las nuevas plantillas y reorganización del personal del Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría, bajo la nueva denominación de Escuela de Medicina Legal», los nombramientos de:

— Director: Tomás Maestre, con una gratificación anual de 8.000 pesetas.

— Jefes de Sección: Salvador Pascual de Toxicología, Tomás Soler de Identificación Instrumental y Reactivos, Antonio Piga de Autopsias y Análisis Anatómico, Rafael Fraile de Biología médico-legal y Blas Aznar de Fotografía, Microfotografía, Espectroscopia y Cinematografía. Cada uno con una gratificación de 4.000 pesetas anuales.

— Auxiliares de las respectivas secciones: Joaquín Pérez Ríos, José María Pérez de Petinto, Diego González y Francisco Huer-tas. Todos ellos con una gratificación de 2.000 pesetas.

— Médicos forenses de la Escuela: Adriano Alonso Martínez, Jesús Caseco, Joaquín Segarro, Antonio Lino, José Palancar,

Eduardo Méndez y José Tena. Los médicos forenses cobrarían cada uno de ellos una gratificación de 1.500 pesetas.

— Alumnos internos: Honorato Pérez, Lorenzo Ballester, Víctor Amaniel, Federico Rubio, Juan Martínez, Antonio Garrido, José Fernández y Santiago Colchero, siendo al gratificación o sueldo anual de 1.000 pesetas.

La criminalística constituyó una línea de investigación importante en los trabajos de la Escuela. Junto a Lecha Marzo, Maestre propuso un nuevo sistema útil para recoger y estudiar los restos de sangre mediante papel gelatinado, y dispusieron nuevos reveladores físicos para las huellas dactilares, como el yodo-eosina para las superficies negras. Juntos publican en 1915 «Nuevas técnicas para la espectroscopia y cristalografía sanguínea», y desarrollan el uso de la poroscopia como método identificativo, con la edición en 1914 de su «Nuevo método para la obtención de dactilogramas y estudio microscópico de las crestas papilares».

Hasta sus últimos días Maestre perseveró en los estudios sobre el cáncer, creyendo haber descubierto un microorganismo, al que denominó treponema polimorfo, esencial en su génesis y desarrollo. También orientó sus investigaciones hacia las funciones de los glóbulos rojos, llevando sus trabajos al congreso de Ciencias en Valladolid en 1915.

Maestre cesará por jubilación, primero en la cátedra, y dos meses después, en junio de 1929, en la Escuela de Medicina Legal.

Muere el 4 de noviembre de 1936, con las tropas franquistas a la entrada de la ciudad. En la inscripción del Registro Civil, consta como causa de muerte una insuficiencia cardiaca. La circunstancias dramáticas obligaron a su entierro apresurado, acompañado de una pequeña comitiva que presidía Juan Negrín.



Imagen de un cadáver al que el profesor Maestre realizó la autopsia en el Instituto de Medicina Legal de Madrid. La leyenda de la foto dice así: «Depósito Judicial. Director: Dr. Alonso Martínez. Suicidio por arma de fuego. Orificio de entrada en la órbita izquierda»



Reflexiones sobre la especialidad de Medicina Legal y Forense

Prof. Dr. José Delfín Villalaín Blanco

Catedrático de Medicina Legal

Introducción

La participación en la revista que hoy nos acoge, órgano expresivo y de comunicación de la Escuela de Especialización en Medicina Legal y Forense de Madrid, constituye una auténtica satisfacción, al fin y al cabo, soy hijo de la Universidad Complutense, y de la Cátedra y la Escuela de igual nombre, crisol en el que fue cristalizando mi formación especializada y cuento con una amplia docencia en esta Escuela.

Fui admitido durante mi licenciatura como «alumno interno» en la Cátedra y una vez terminados los estudios de licenciatura, como colaborador, como profesor ayudante, profesor encargado de curso, profesor adjunto contratado, profesor adjunto interino, profesor titular y finalmente accedía a catedrático de Medicina Legal.

Me enorgullece pertenecer a una auténtica Escuela de Medicina de larga tradición, cosa que hoy no esta muy al uso, que comenzó con la enseñanza y organización de la docencia que desarrolló el cálebra Mata y culminó en el Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Central de España, luego Escuela de Medicina Legal, que fundó y organizó Maestre y su excelente equipo. A través de ellos mismos y de sus descendientes nos legó un modo de pensar y de actuar propio de esta escuela, de tal modo que, considerada la transmisión científica, muy bien podría presumir de ser nieto científico de D. Tomás Maestre. Sus enseñanzas tuve oportunidad de recogerlas de boca de los profesores Ricardo Royo-Villanova, Blas Aznar, Manuel Pérez de Peñtinto, José Velasco Escassi, Regino Saldaña y Joaquín Páez que venero como maestros, especialmente a los dos primeros, y, en el diario quehacer práctico, aprendí de las manos y del contacto diario con Andrés Ladrón de Guevara, Luis María Muñoz Tuero y Vicente Moya, y con los profesores que se fueron incorporando con los que compartimos ilusiones y afanes, especialmente Leonardo Muñoz Rey y mi mujer, María Teresa Ramos a quien tanto debo, primero en la vieja Facultad de San Carlos, después en el Pabellón seis y, posteriormente, en su actual ubicación.

Desde nuestra Escuela se produjo una difusión paralela de la docencia que impartí en la Facultad de Medicina de Santander, el Instituto de Criminología de Madrid, de Alicante, Valencia y Castellón; en la Escuela Especial de la Guardia Civil, en el hoy Instituto de Estudios Judiciales, en el Instituto de Estudios de la Policía y en la propia Academia de Policía de Ávila, donde enseñamos Criminalística, Policía Científica y Medicina Forense y ocasionalmen-



te en numerosos centros que requerían enseñanzas especializadas. Y no podría hablarse de formación especializada sin la aportación práctica que me proporcionó la Sección de Investigación Criminal, las prácticas que se desarrollaban para los alumnos que tutelábamos y dirigíamos activamente los profesores en formación, la sustitución a los compañeros y la propia pericia libre que, poco a poco, fue acudiendo al laboratorio. Después, a partir de 1990, la Cátedra de Valencia, el Instituto Valenciano de Seguridad Pública, el Instituto de Criminología de Valencia y la Comisión Nacional de la Especialidad exigieron todo el tiempo y dedicación.

Desde estos puntos nos requirieron para múltiples problemas periciales, unos comunes y rutinarios, otros significativos, con mis maestros o con y contra competentes compañeros, que tuvieron una amplia repercusión nacional mediática, algunos de los cuales fueron politizados y manipulados por los políticos, por la prensa a través de la reiteración de sus tesis e hipótesis y por la presión de determinados grupos que incluso llegaron a manifestarse y a presentar pancartas dentro de la sala judicial porque la pericia no se ajustaba a su ideología y que plantearon controversias científicas, algunas de las cuales fueron motivo de nuevas investigaciones o se investigan en el momento actual.

Esta breve introducción se justifica, no por petulancia, engreimiento o presunción, sino como un homenaje a la Escuela, a los maestros de la especialidad y a mis padres científicos y, en segundo lugar, como justificación para desarrollar el tema que me ocupa desde la especialidad y para los especialistas y que elaboro no por una competencia significativa, que no tengo ni nadie tiene en Medicina Legal, sino desde la especialidad, la edad y la experiencia de los años pensando en mi trabajo y en la gente a la que enseño.

Concepto de Medicina Legal y Forense

Reflexionemos sobre la misma Medicina Legal y Forense. Todos los autores están de acuerdo en afirmar la dificultad que entraña definir y concretar el contenido de la Medicina Legal si pretendemos reflejar de un modo completo su complejidad y dinamismo, debido a su amplio y variado contenido doctrinal y al constante cambio y variación a que ha estado sometida en estos últimos años.

En efecto, un reflejo de esa variabilidad se encuentra en el número de denominaciones y contenidos que ha recibido este cuerpo doctrinal a nivel nacional e internacional y que dificultan enormemente la posible equiparación o equivalencia en nuestro campo de actuación. En la actualidad los nombres que definen la especialidad podrían reducirse, básicamente, a tres: Medicina Legal, Medicina Forense y Jurisprudencia Médica. La denominación española del área engloba los términos *legal* y *forense* en un claro intento integrador de los dos primeros aspectos. En efecto con el nombre de Medicina Legal y Forense se define a una de las especialidades médicas tituladas encuadradas en el apartado tercero del anexo del R.D. 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

Esta triple definición no es casual sino que parece obedecer a los contenidos esenciales que cada autor considera fundamentales, según predomine el cuerpo doctrinal y técnico general, su aplicación práctica al campo del Derecho, o el Derecho aplicado a la Medicina, respectivamente. Las definiciones tradicionales de nuestra disciplina aúnan y reiteran el doble contenido, doctrinal y aplicado, que parece propio de la Medicina Legal y de la Medicina Forense.



La complejidad de la Medicina Legal

Este criterio general y omnisciente corresponde a una primera forma de Medicina Forense que, lamentablemente, aún subsiste en la mentalidad de algunos médicos, muchos juristas y todos los políticos y que se traduce, incluso, en disposiciones legislativas según las cuales cualquier médico vale para resolver los problemas medicolegales. Es la forma que, sintetizándola gramaticalmente, Píga Pascual denominó **Medicina ante el Derecho**: El Derecho pregunta y la Medicina contesta lo que puede.

La explicación de este planteamiento y la misma esencia de la Medicina Legal radica en el hecho de que si el Derecho puede entenderse como la serie de normas que regulan la convivencia entre las personas, el juzgador precisa, necesariamente, del asesoramiento de expertos en personas: y este fue siempre el médico; hoy, deben sumarse al médico, el psicólogo, el sociólogo y el antropólogo, dada la desmesurada extensión que adquiere la exigencia judicial.

Dentro de la Medicina, el largo y complejo enriquecimiento de la materia y la experiencia acumulada en el tiempo y en todo el mundo, ha ido seleccionando los conocimientos biológicos precisos, superando aquel concepto omnisciente primero y que definía Maestre con la frase de que la Medicina Legal era «*el universo mundo*», es decir, al menos teóricamente consistiría en la aplicación de toda la Medicina para resolver los problemas del Derecho. Este desmesurado campo científico fue reduciéndose en la práctica concretándose a las «*cuestiones medicolegales*» que sistematizaban los temas que se presentaban ante los Tribunales al modo que hicieron nuestro Juan Frago (1581) y el italiano Zacchia (1621). De este modo fue creándose un cuerpo doctrinal sólido y sistematizado y acumulándose técnicas y procedimientos propios, algunos exclusivos, un determinado enfoque, una determinada mentalidad y un determinado estilo que no se adquiere en una oposición o en un concurso, sino en el trabajo diario al lado de maestros que limen, corrijan y orienten. Esta es la importancia de una escuela. Hoy la Medicina Legal cuenta con numerosos profesionales que la practican, centros de estudio especializados, laboratorios propios, técnicas exclusivas, publicaciones especializadas y un método que la configura netamente como una ciencia derivada, pero independiente, constituyendo lo que, siguiendo al mismo maestro, podríamos denominar **la Medicina en el Derecho**, esto es, la Medicina fundida con él, creando un cuerpo original y cristalizado, una ciencia con todas las connotaciones que le corresponden, aplicada a resolver los problemas que plantean las diversas partes del Derecho. Por eso, según el área del Derecho implicada y sus peculiaridades, se ha hablado desde un principio de una Medicina Legal Penal, Civil, Administrativa, Castrense, Canónica, Internacional, Laboral, de los Seguros, etcétera. que definen auténticas subespecializaciones dentro de una Medicina Legal y Forense general.

Pero también el médico legista, como universitario inmerso en el campo del trabajo diario, el especialista y el médico general con una buena formación ética y jurídica, son los llamados a señalar críticamente las líneas de perfeccionamiento que, desde el ángulo biológico y en cada momento histórico precisa nuestro ordenamiento. Por eso, con Aznar, estimamos que ésta también es función de la Medicina Legal que, ampliando las definiciones anteriores, ha definido como la **Medicina contra el Derecho**; un especialista experimentado no puede admitir pasivamente postulados jurídicos que chocan o rompen con la realidad bioantropológica que debe inspirar toda la regulación convivencial.

Evidentemente, si esto es así, como el Derecho y la Medicina evolucionan rapidísimamente y ambos campos se necesitan mutuamente, es evidente que



el especialista debe colaborar en la redacción de nuevas leyes, mediante su asesoramiento a las comisiones legislativas¹ y a los órganos legislativos, bien a título personal, colectivamente o por medio de sus publicaciones, sociedades y organizaciones científicas, y, debido a su especial formación médico-jurídica, debe colaborar también en el asesoramiento y aplicación de esas normas en la Medicina, a través del campo de la Jurisprudencia Médica, el trabajo activo en las Comisiones Deontológicas y de Gobierno, en el área de la Medicina Legal Política, etcétera; por eso hemos propuesto otra particularidad para añadir a las anteriores: **La Medicina Legal es también la Medicina con el Derecho.**

Con el Derecho se trabaja cuando, a través de los contactos personales, las Unidades de Medicina Legal Hospitalaria o los Colegios de Médicos, se interpreta y asesora a la Medicina en las cuestiones biojurídicas que se presentan y es indudable, que entre todos los profesionales de la Medicina, son los especialistas en Medicina Legal y Forense los que disponen de una mejor formación en el momento actual para desarrollar estas funciones, cada vez más necesarias y más urgentemente requeridas. Por eso, Deontología y Derecho Médico deben integrarse en el cuerpo doctrinal medicolegal y de hecho constituyen capítulos esenciales y necesarios en los programas docentes.

Por lo tanto, la Medicina Legal y Forense, por su propia naturaleza y en función de ella, tiene una serie de misiones que debe emprender y que lamentablemente hoy están parcialmente olvidadas: la aplicación y resolución práctica y pericial de los problemas que se originan en el campo de la Ética y Moral médicas y en su modalidad de Bioética, esto es, en el campo de la Deontología profesional, derivada del Derecho natural aplicado al campo concreto sanitario. Lamentablemente se trata de un campo al que por afectar a la Medicina globalmente pretenden acudir todos los profesionales médicos pero también de otras áreas de conocimiento, especialmente expertos en ética, en moral o biólogos que se consideran capacitados para dogmatizar en el campo sanitario.

Pero tampoco debemos olvidar el proceso de «juridización»² y de control por el que pasa la Medicina, que obliga a todo médico a tener un buen conocimiento de los fundamentos legislativos que regulan la Sanidad; nadie como el médico legista, que se encuentra a caballo entre Derecho y Medicina y que posee los criterios interpretativos adecuados, mejores incluso que los de los profesionales del derecho no especializados en Derecho Médico. De ahí la potenciación que se observa en otros países, y tímidamente en el nuestro, de la figura del especialista consultor y asesor del médico y de las instituciones sanitarias y la aparición de las Unidades de Medicina Legal Hospitalaria; surge así el tercer modo de entender nuestra disciplina que señalábamos al principio: la **Jurisprudencia o Derecho Médico**, cuando su desarrollo se centra en la normativa que regula la profesión médica y el ámbito sanitario.

La Medicina ha adquirido tal amplitud y complejidad especializada que, necesariamente, se hace precisa la colaboración con especialistas del campo de conocimientos implicado. El perito médico no puede ser omnisciente. Sin embargo, incluso, cuando otros profesionales desarrollan sus contenidos, el sistema pericial y aplicativo siempre debe ser medicolegal y forense porque la labor especializada debe ser del especialista en Medicina Legal y Forense si queremos un rendimiento y una calidad adecuados a los que la Justicia requiere en nuestros días y la complejidad de la pericia médica actual exige la especialización en este área concreta si buscamos calidad. Se evitaría así el que muchas veces la fase oral de los juicios se transforme en una erudita sesión clínica que nada aporta el procedimiento y que desespera al juzgador que requiere conceptos relativamente sencillos para formar su criterio.

Notas

1. Hemos revisado en sendas ocasiones cómo se ha producido este asesoramiento y sóamente hemos encontrado un solo caso en que el legislador preguntó a un especialista en relación a un término psiquiátrico y... a la hora de la redacción legal no se le tuvo en cuenta. En lo que respecta al asesoramiento en el Congreso y en el Senado, cuando se solicita el asesoramiento científico éste viene mediatizado por la elección que realizan los partidos y la ideología política, con resultados contradictorios y, aparentemente, incoherentes
2. En los años 80, fracasaron dos ilustres juristas en nuestra Escuela, cuando se planteó la posibilidad de crear un Servicio de Derecho Médico. Por aquel entonces, teniendo en cuenta la diversidad de textos legislativos relativos a la Sanidad y a la docencia, se originaba estadísticamente considerados, una norma legal cada quince minutos. El tratar de mantenerse simplemente «al día» ha originado un defecto generalizado en el campo de nuestra especialidad: el abandono relativo de la Medicina por el campo del derecho, deformando al especialista que se convierte de perito a «pequeño juez» y, falto de la base doctrinal adecuada incurre en no pocos defectos



Tampoco debe olvidarse que el estudio e investigación de los problemas bio-jurídicos que han quedado sin resolver a lo largo de nuestra azarosa historia, al margen de la prescripción legal, es también Medicina Legal, de ahí que Aznar hable de una **Medicina Legal retrospectiva**. Es obligación al menos moral del especialista, que dispone de los conocimientos precisos para resolver estas cuestiones, que van a aclarar muchas particularidades de nuestra historia que se han desnaturalizado por efecto de los intereses particulares, las modas o el desinterés. La propia historia de la materia es Medicina Legal, porque mal se puede asimilar aquello de lo que se desconocen sus raíces, y Medicina Legal es también la investigación medicolegal, epidemiológica, preventiva y aplicada, aunque directamente no plantee problemas jurídicos periciales, porque sienta las bases para un mejor conocimiento e investigación ulterior. No cabe que la especialidad se complete sin una labor de investigación que es esencial y primaria, porque la pericia es investigación, no es ocasional o complementaria como algunos mantienen, de tal modo que todo especialista debe ser investigador, en mayor o menor medida, en su área competencial. Sin embargo, la Administración no suele contemplar este importante capítulo, porque se parte de criterios simplistas y a corto plazo. Para la Administración al perito se le paga para peritar y cualquier otra cosa es una ornamentación y un lujo indeseable desde un punto de vista económico. Tampoco la valora; así, cuando comenzó a evaluarse la investigación, junto a otras publicaciones y proyectos presenté mil seiscientos informes periciales, algunos incluso de trascendencia nacional; fueros evaluados como cero. Naturalmente no he vuelto a concurrir a las evaluaciones de la comisión nacional. Así puede y debe hablarse de una necesaria **Medicina Legal investigativa** que tiene que impregnar la Medicina Legal y la Medicina Forense.

Por eso hablábamos al principio de la complejidad y amplitud que tiene nuestra especialidad.

La evolución de la especialidad, cada vez más acelerada y acusada, ha configurado dos áreas fundamentales de conocimiento que la integran: la Medicina Legal Forense y la Medicina Legal Profesional y las necesidades diarias de las diversas áreas de subespecialización.

Según la guía de especialidades, *la Medicina Legal Forense* corresponde al criterio clásico general; *es aquella parte de la Medicina Legal que tiene por objeto la aplicación de los conocimientos médicos y de sus ciencias auxiliares a la investigación, interpretación, desenvolvimiento y perfeccionamiento de la Administración de Justicia en todas sus jurisdicciones.*

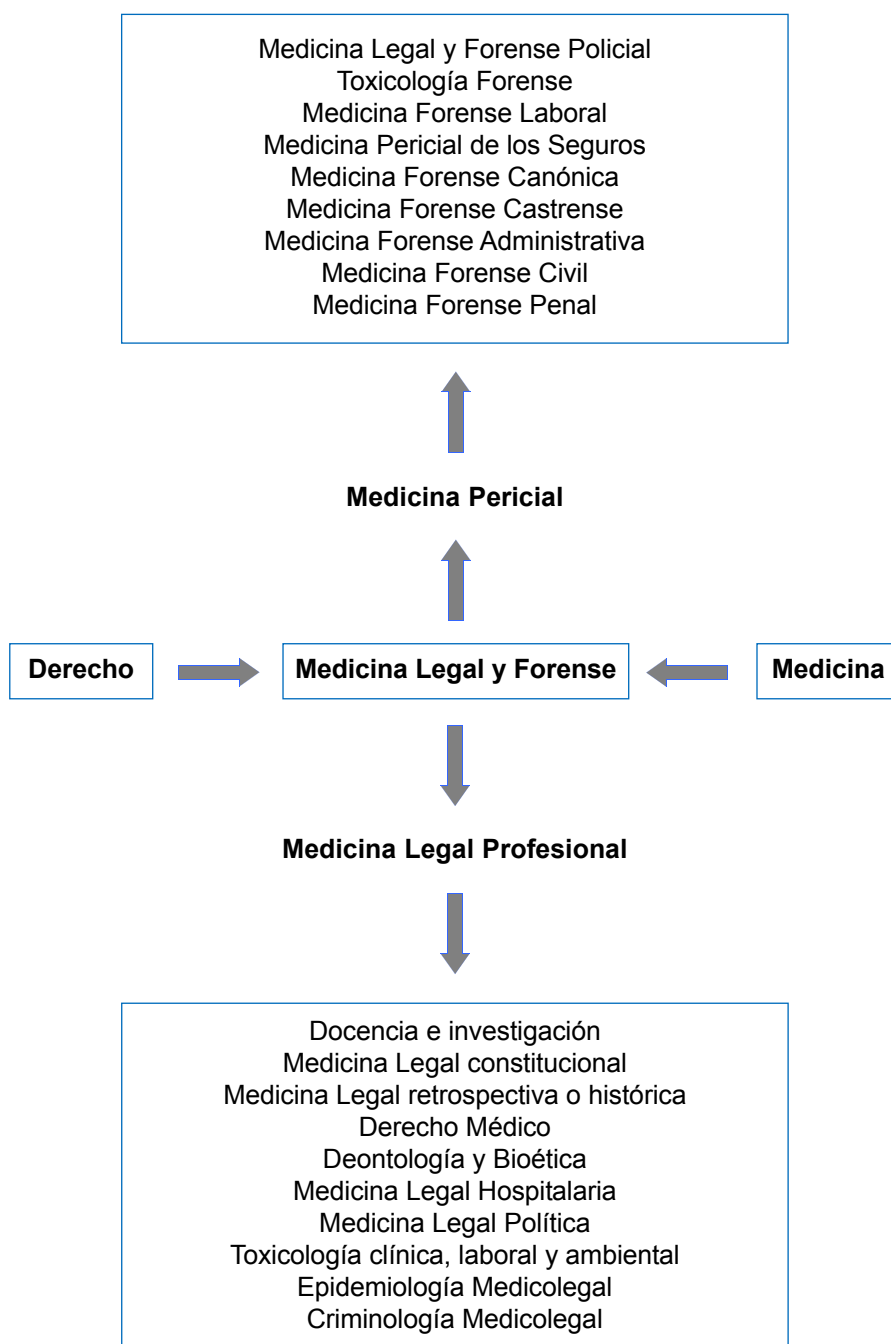
Sin embargo, el fenómeno que hemos señalado de la «juridización» del ejercicio médico y sanitario ha sido tan importante y los cambios docentes tan grandes que, en la actualidad, debe considerarse también y paralelamente esta segunda forma en cuanto a los contenidos: el de la Medicina Legal Profesional a través de la cual, siendo el especialista en Medicina Legal el médico mejor conocedor de las leyes, ya no sólo pone sus servicios a disposición de la Justicia, sino que también lo debe hacer en relación a su propia profesión y entorno profesional.

Podemos diferenciar actualmente por tanto, dos vertientes dentro de nuestro campo: la de la Medicina aplicada en función de la legislación (Medicina Forense o Medicina Pericial) y la de la Legislación en función de la Medicina: Derecho o Jurisprudencia Médica y Deontología Médica (Medicina Legal Profesional).

Actualmente a este complejo mundo se ha sumado en los nuevos planes de estudios el de la Toxicología que, salvo excepciones, se ha encargado a la docencia medicolegal: forense, clínica, laboral y ambiental.



Con todo ello se estructura un campo doctrinal muy complejo y amplio, que podría esquematizarse en el cuadro siguiente:



Con todo lo anteriormente expuesto, podríamos aventurar una definición de la Medicina Legal atendiendo a sus características y particularidades actuales: *la Medicina Legal y Forense sería una especialidad médica, y una disciplina universitaria que enseña y sistematiza los conocimientos médicos precisos para resolver los problemas biológicos que plantea el Derecho, los problemas jurídicos y deontológicos de la Medicina, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones clínicas, laborales y ambientales y que colabora con el Derecho para la redacción de nuevas leyes.*

Se trata de una especialidad cuyas características esenciales son la clínica y la pericia y el método pericial, a través de los cuales, los médicos especialis-



tas asesoran a la Administración de Justicia sobre las cuestiones de índole médica y biológica que se presenten, y a la propia Administración sanitaria y al colectivo médico en los problemas jurídicos dimanantes de su actividad y en sus relaciones con los Tribunales de Justicia.

Metodología y finalidad

La Medicina Legal y Forense es una especialidad médica que, pese a estar todos los días en los medios de comunicación es una gran desconocida en general, incluso para los propios profesionales de la Medicina y, lo que es peor, para quienes a diario se apoyan en ella.

Constituye una ciencia discutida en su misma existencia, en sus contenidos y finalidades, tal vez porque sus contenidos están íntimamente vinculados al Derecho y tanto éste como la misma Medicina cambian históricamente de modo imparable, y esto origina una aparente ambigüedad para el observador superficial en cuanto a los contenidos.

No ocurre así en cuanto a su metodología y finalidad, que siempre permanecen invariables. Según se configuran nuevas figuras jurídicas surgen nuevos problemas biológicos y conforme se amplía y profundiza la Medicina, aparecen nuevos campos del conocimiento y nuevas especialidades y subespecialidades. Sin embargo los criterios medicolegales son los mismos en todas ellas, la mentalidad, la línea de pensamiento, la metodología y la finalidad siguen siendo las mismas, no importa en que subespecialidad se trate: la pericia médica.

La Medicina Legal, dinámica por contenido y complejidad

Al principio indicamos que la Medicina Legal además es dinámica por sus contenidos: Medicina y Derecho son los pilares básicos que la configuran; Medicina y Derecho son dos materias que cambian continuamente con el devenir de la ciencia y la evolución socio histórica, por eso los programas de esta disciplina deben modificarse con mayor frecuencia que los de cualquier otra. La Medicina cambia cada cinco años; el Derecho, actualmente, tantas veces como cambia la ideología y la filosofía de los grupos políticos dominantes; este tremendo dinamismo nos ha obligado a reconsiderar en varias ocasiones todas y cada una de las partes de la asignatura (lesiones, atentados sexuales, valoración del daño corporal, internamiento psiquiátrico, responsabilidad profesional, deontología profesional, diagnóstico de la paternidad, diagnóstico de la muerte, legislación sobre trasplantes, etcétera).

Pero su mismo contenido le proporciona una dinámica que ha hecho que se diga de la Medicina Legal que es una especialidad centrífuga.

La amplitud doctrinal y técnica que tiene la Medicina Legal es de tal magnitud que ha propiciado que del cuerpo doctrinal básico se hayan desgajado otras materias, algunas de las cuales constituyen hoy áreas de conocimiento.

En un principio la Medicina Legal comprendía todas las cuestiones que relacionaban la Medicina con la legislación y se explicaba junto con la Higiene y la Medicina Preventiva. Pronto la necesidad hizo ver que algunos aspectos de éstas constituían por sí solos un cuerpo doctrinal que precisaba tratamiento independiente; así se delimitó el campo de la Higiene y de la Medicina Preventiva, uniendo Higiene Pública, que se explicaba con la Medicina Legal y la Higiene Privada que se explicaba con la Fisiología.

Más tarde se desgajó la Psiquiatría que, inicialmente se explicaba con la Medicina Legal por sus implicaciones delictivas y de peligrosidad social, pero



que al desarrollarse luego de modo esplendoroso, fue adquiriendo independencia. El ejemplo paradigmático tal vez sea el de López Ibor que comenzó su formación en el área de la Medicina Legal, fue catedrático de esta disciplina y solo después lo fue de Psicología y Psiquiatría en la que llegó a ser uno de sus más competentes referentes.

La tercera rama, ya desgajada plenamente, corresponde, fuera del ámbito universitario, a la Policía Científica, que, a partir de la Criminalística y la Toxicología y alguno de los capítulos de la Medicina Legal Tanatológica, Psiquiátrica y Traumatológica, constituye no ya una asignatura sino varias áreas de conocimiento en el ámbito de las Escuelas de Policía, que poseen sus propios laboratorios, sus publicaciones, sus asignaturas, profesorado y especialistas.

La cuarta rama, en fase de separación, es la Deontología y Ética profesional. En este proceso de separación aparecen enormes tensiones que se detectan en la controversia entre estos campos y el que propone la medicina anglosajona de la Bioética.

Una quinta rama, que se encuentra en la misma fase y con igual dinamismo, es la de la Toxicología que ya se ha separado en numerosos lugares en forma de Toxicología clínica, analítica, laboral y ambiental, con tal pujanza que ha hecho sombra a la misma Medicina Legal.

La sexta rama es la Medicina del Trabajo, especialidad que ha alcanzado tal rango que tiene independencia propia, aunque en el campo docente se reparte entre la Medicina Preventiva y la Medicina Legal.

Por último una séptima rama que está cristalizando y comenzando a organizarse es el Derecho Médico y Sanitario que ha adquirido personalidad propia en algunas Facultades de Derecho. La legislación sanitaria ha alcanzado tal nivel que justifica plenamente la dedicación de un profesional a ella. Los asesores jurídicos de los Colegios de Médicos y de los Hospitales y de la propia Sanidad son buena prueba de ello. La aparición de las Unidades o Secciones de Medicina Legal Hospitalaria están en la misma línea.

Respecto a su campo de acción, la Medicina Legal y Forense encuentra su máxima expresión, en cuanto Especialidad Médica, en la práctica del peritaje médicolegal, informando de los hechos médicos o biológicos implicados en un punto del Derecho sometido a un Tribunal de Justicia y asesorando igualmente a los profesionales médicos en el campo de su especialidad en relación a la dependencia, regulación, organización y responsabilidades médicas.

Limites de la Medicina Legal

A pesar de la amplitud y aparente multiplicidad y ambigüedad debemos plantearnos cuáles son sus límites. En efecto, la Medicina Legal nace de la confluencia de la Medicina y el Derecho fundamentalmente. Ambas materias son inmensas y racionalmente deben limitarse recíprocamente pero debemos tener en cuenta que ambas son ciencias sociales, en permanente cambio, de ahí que los límites de la disciplina varíen constantemente, lo mismo que sus contenidos, en función de ese dinamismo indicado.

A. **El Derecho.** Siendo esto así, y originándose la Medicina Legal y Forense del Derecho, todo el Derecho condiciona, en mayor o menor medida, el contenido de nuestra Disciplina.

1. El Derecho Natural, en cuanto nos hace valorar nuestros mode-



los de conducta respecto a los demás seres humanos. Es el principio inspirador de lo justo y lo injusto y origen de la ética y del derecho positivo.

2. El Derecho objetivo, codificado, en tanto tipifica y sanciona lo que la sociedad considera como comportamientos delictivos y delimita el marco de convivencia en que se desarrolla la sociedad. Plantea el conocimiento de lo legal e ilegal (Constitucional, Civil, Penal, Administrativo, Laboral, Internacional, Político, Público o Privado). Define los elementos que van a ser objeto de estudio pericial y, en consecuencia, el campo en que se va a mover el especialista en Medicina Legal y Forense.

3. El Derecho Procesal o ritual que va a regular el cómo del comportamiento pericial, en tanto organiza el proceso, los órganos jurisdiccionales y las normas de sustanciación de los juicios. Es el que define y normativiza el comportamiento del especialista en el campo forense.

4. La doctrina jurisprudencial, en tanto completa, actualiza y condiciona el derecho objetivo. Por lo tanto, es fuente también de consideración y estudio y de limitación forense y pericial.

5. Los Derechos Consuetudinarios, Forales y Autonómicos, característicos de las nacionalidades del Estado, que plantean peculiaridades locales que deben valorarse adecuadamente en el desarrollo de la especialidad.

6. La propia doctrina jurídica, en tanto en cuanto los tratadistas del Derecho clarifican, sistematizan y ordenan el pensamiento jurídico, ofrecen pautas, soluciones y prevén la marcha del Derecho y, consecuentemente, de la pericia Medicolegal y forense o la repercusión de este Derecho sobre el campo profesional médico.

7. Los Reglamentos y normas corporativas son otro elemento limitador y condicionante del ejercicio y de las posibilidades jurídicas y administrativas en el trabajo de cada médico y cada especialista, que deben tenerse también en cuenta.

8. Por último, la propia organización política administrativa es otro poderoso modulador y condicionante del ejercicio, de sus modalidades y de las posibilidades de actuación del especialista y del profesional en general, en función de la ideología y del modo de considerar el legislador, el gobernante y el campo de la información pericial, siempre tentados de mediatizar o condicionar determinadas pericias, potenciando unas o minimizando otras, según los intereses de partido o grupo, modificando planes de estudio, creando áreas de conocimiento, titulaciones, servicios, unidades, cuerpos, escalafones, etcétera. De todas estas influencias cualquier perito puede dar fe.

B. En segundo lugar, **la Medicina**, en toda la variedad de conocimientos y técnicas, pero fundamentalmente con un componente mayor de Ciencias básicas, Tanatología, Traumatología, Sexología, Toxicología, Psiquiatría y Bioantropología, con implicaciones posibles en todos los campos de la Medicina general y especializada, clínicos, diagnósticos, pronósticos, mejorativos y terapéuticos.

C. En tercer lugar, limita y condiciona **la Biología**, en tanto



que, por afinidad, las cuestiones médico-legales plantean otra variedad de problemas de índole biológica general, e incluso particular, de carácter antropológico, botánico, entomológico o zoológico, que deben ser también conocidos por el especialista.

D. En cuarto lugar, debe considerarse también como limitante de las posibilidades de actuación medicolegal el estado de **la Física** y de **la Química**, por cuanto el amplio panel analítico-instrumental aumenta y se perfecciona por vía aplicativa de estas dos ciencias. Ellas son las que aumentan nuestra posibilidad de observación, de registro y de cuantificación.

E. Por último, un factor importantísimo y al que no se le suele prestar excesiva atención, y sobre el que han llamado reiteradas veces los miembros de nuestra Escuela: son las llamadas **circunstancias del caso**. Al fin y al cabo, el especialista en Medicina Legal, está trabajando siempre con la realidad y la naturaleza biológica, siempre cambiante. Cada persona es diferente a las demás, su propia personalidad lo matiza y los factores espacio y tiempo condicionan en todo momento la investigación. De ahí que, en Medicina Legal no haya dos casos iguales y que cada uno deba enfocarse con criterios de originalidad siempre renovados, si queremos una pericia competente, científica y completa. Por eso es, probablemente, la especialidad médica más difícil, más exigente y que abarca campos más amplios

La profesión

En el momento actual, en función de los numerosos intereses existentes y la ausencia de una regulación coherente, existen muchos profesionales médicos que actúan ante los tribunales y en los organismos de carácter medicolegal.

En síntesis, cabe distinguir varios grupos fundamentales: los especialistas, los profesores, los médicos forenses, los peritos por nombramiento judicial y la pericia privada.

1. La Especialización en Medicina Legal y Forense.

La especialidad de Medicina Legal y Forense es la segunda forma de ejercicio profesional especializada más antigua, después de la figura del Médico de Baños que se creó en tiempo de los Reyes Católicos. Se estableció como tal en 1843 en Madrid y Barcelona, con la creación de las Cátedras de Medicina Legal, por un lado, y con la formación del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, iniciado con la Ley de Sanidad de 1855, doce años después, y llevado a la práctica por el R.D. de 13 de mayo de 1862; apoyadas ambas instituciones por la fundación del Laboratorio Central de Medicina Legal, en 1886, y del Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Central de España en 1914, mucho antes que cualquiera de las especialidades que hoy se individualizan.

Como consecuencia de su doble origen hoy coexisten las figuras administrativas del docente de Medicina Legal, del Médico Forense y el Especialista en Medicina Legal y Forense, todos médicos titulados y capacitados para el desempeño de la misma especialidad, a través de títulos administrativos y académicos.

La Directiva 89/48/CEE del Consejo de Comunidades Europeas define lo que es un título académico y profesional y lo recoge el Real Decreto 1665/91, de 25 de octubre sobre reconocimiento de títulos de enseñanza superior. En su art. 1 se dice que Título es «*cualquier título, certificado u otro Diploma o conjunto de los mismos, expedido por una Autoridad competente en un Estado*



miembro, que acredite que el titular ha superado un ciclo de estudios postsecundarios de una duración mínima de tres años en una Universidad, en un Centro de Enseñanza Superior o en otro Centro del mismo nivel de formación y que posee las cualificaciones profesionales requeridas para acceder a una profesión regulada en dicho Estado...» Es requisito legal por tanto el documento oficial y estudios de tres o más años dirigidos al desempeño de una profesión. Son estas condiciones las propias de la Especialidad de Medicina Legal y Forense en cualquiera de sus sistemas docentes.

Se define en el mismo artículo como profesión regulada: *«La actividad o el conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o alguna de sus modalidades de ejercicio se exija directa o indirectamente un título y constituyan una profesión en un Estado miembro»*. Este es el caso de cualquier especialidad médica y, naturalmente de la nuestra.

La especialización se contempla en nuestra legislación a partir del Real Decreto 185/85, de 23 de enero, sobre obtención y expedición del título de doctor y otros estudios de postgraduados, concretamente en su artículo 18.1, de tal modo que *«los estudios de especialización profesional no integrados en el doctorado y abiertos a los graduados universitarios de los distintos ciclos darán derecho al correspondiente título oficial de Especialista acreditativo de los mismos. El Gobierno es el encargado de regular el procedimiento, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia o de los Ministerios interesados»* pudiendo dar entrada por tanto al Ministerio de Justicia en nuestro caso.

El origen de la especialización, oficialmente considerado se encuentra en la Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de especialidades médicas y su reglamento aprobado por decreto de 23 de diciembre de 1957. Es entonces cuando la necesidad de una competencia profesional especializada sentida socialmente, aconseja regular el ejercicio de la misma, con el fin de configurar una especialización ordenada y sistematizada. Es en estas normas donde se plantea la obligatoriedad de obtener el correspondiente título para ocupar, puesto de médico especialista en cualquier establecimiento o institución pública o privada, conforme a la norma establecida.

Se estructura el sistema de formación tomando como base a la Universidad, independientemente de qué centros extrauniversitarios pudieran disponer de este estatuto formador. La especialización se obtendría a través de Escuelas Universitarias de formación, abonando las tasas y matrículas correspondientes.

En la década de los sesenta se generalizó en España el sistema de internado rotatorio, que se desarrolló a partir de la iniciativa privada representada por el Hospital General de Asturias, la Fundación Jiménez Díaz, la Clínica Puerta de Hierro de Madrid y la Sant Pau de Barcelona. Constituye un sistema que se ha ido generalizando a partir de las primeras experiencias del Massachusetts General Hospital y del Johns Hopkins Hospital de Baltimore, que comenzaron a fines del siglo pasado. Su marco jurídico originario, se encuentra en las Órdenes Ministeriales de 17 de noviembre de 1966 y 3 de septiembre de 1969 y fue desarrollado después por las Órdenes Ministeriales de 28 de julio de 1971 y 7 de octubre de 1976.

La docencia especializada, a partir de este momento, se transformó en un sistema eminentemente sanitario, que depende de otro Ministerio diferente al de Educación, en aquel entonces Trabajo, instaurándose además su carácter retribuido, ya que el médico desarrolla durante esta fase un período de trabajo en la institución sanitaria.



En los años 70, la enseñanza médica especializada es objeto de nueva ordenación, a partir de la O. de 9 de diciembre de 1977, ya que se extiende desde las instituciones de la Seguridad Social a la administración sanitaria nacional y a las demás instituciones hospitalarias. El sistema se centralizó; es el Ministerio quien determina el número de plazas de formación médica especializada que deben cubrirse cada año a través de un examen realizado a nivel nacional; se creó, a nivel ministerial, la comisión central de docencia de la comisión nacional de especialidades médicas y la comisión nacional para cada una de las especialidades reconocidas.

El sistema se generalizó a nivel estatal mediante el Real Decreto 2015/78, el Real Decreto 127/84 y la Ley General de Sanidad de 1986. De tal modo que la formación especializada en Medicina debe hacerse mediante el sistema MIR. La organización docente universitaria dejó de formar a los médicos y se transformó en una función informativa y es la organización sanitaria quien se encargará de la formación práctica pese a que hasta la fecha venía prestando solamente la función asistencial, adquiriendo así carácter docente también. Estas normas generales lesionan concretamente la formación de nuestra especialidad ya que la organización sanitaria no comprende la actividad pericial, no es capaz de determinar el número de plazas necesarias ni dispone que organismos que permitan la formación práctica a que debería conducir el sistema de residentes.

El Decreto del año 78, antes citado, trató de resolver esta incongruencia mediante la confluencia de los dos sistemas hasta entonces existentes: la docencia por las Escuelas Profesionales, dependiente del Ministerio de Educación y el sistema de residentes, dependiente ya del Ministerio de Sanidad.

Una Orden de 11 de febrero de 1981 determinó las equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad y las nuevas especialidades y se estableció un sistema transitorio de concesión del título a quienes hubieran iniciado su formación antes del 1 de enero de 1980. Un Decreto de 27 de noviembre de 1981 estableció las bases del acuerdo marco de colaboración en las instituciones de rango universitario entre los Ministerios de Educación y Ciencia y de Trabajo y Seguridad Social, sin que intervenga nunca el Ministerio de Justicia de quien dependía el sistema pericial oficial con lo que desapareció la posible colaboración entre el sistema de salud y el sistema pericial y penitenciario.

No existiendo, por tanto, infraestructura adecuada para esta formación, normativamente se ha resuelto mediante la Orden de 9 de septiembre de 1988, de acceso a especialidades del apartado 3 del anexo del Real Decreto 127/84 de 11 de enero.

Según esta norma, se delega la formación en las Escuelas Profesionales de Especialización Médica o en los Departamentos Universitarios y determina las condiciones para acceder a ellas, reinstaurando el procedimiento de especialización que la propia normativa había considerado obsoleto para las especialidades en general, replanteando la matriculación, suprimiendo la gratuidad y la remuneración que existe para las demás especialidades y garantizando, según este sistema una enseñanza, pobre, deficientemente dotada, imposibilitada para la práctica y estructurada de modo inadecuado.

Estas condiciones no estimulan precisamente las vocaciones para cubrir estas necesidades de especialización y facilita, por el contrario que arriben a ellas aquellos médicos que motivados a otras especialidades no han podido acceder a ellas.

Para concluir, la normativa se completa con la Orden Ministerial de 24 de



abril de 1984, sobre régimen transitorio para la obtención del título de médico especialista, y la Orden Ministerial de 4 de junio de 1987, sobre la obtención del título de médico especialista para los profesores universitarios, tan restrictivo que incapacita realmente para ello, de tal modo que la enseñanza, en la actualidad, debe impartirse en los Departamentos universitarios por profesores que no tienen posibilidad de acceder al título de especialista ni pueden ejercer la especialidad si la tuviesen, en función de los regímenes de incompatibilidades y la radicalización legislativa. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la Ley de Especialidades Sanitarias ha determinado la desaparición de las Escuelas Profesionales en un periodo de tres a cuatro años lo que va a obligar a un ingente esfuerzo transformativo que va a recaer sobre nuestra especialidad, sobre la Universidad y la organización médico-forense.

Finalmente para cumplimentar las directivas europeas, se ha promulgado el Decreto de 29 de diciembre de 1989, reconociendo la reciprocidad de los títulos médicos y el derecho a la prestación de servicios médicos ocasionales.

Gracias a esta profusa y confusa legislación y a la ambigüedad que la caracteriza en cuanto a principios y fundamentos se ha originado entre nosotros el tremendo problema que plantearon y seguirán creando los llamados en abreviatura: «mestos».

En el momento actual, la especialización médica se regula, fundamentalmente, por el decreto de 11 de enero de 1994, que introduce la distinción entre especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria, especialidades que no requieren básicamente esta formación y especialidades no hospitalarias. La Medicina Legal y Forense se considera oficialmente como especialidad no hospitalaria. Este mismo criterio demuestra la ignorancia de nuestro legislador sobre las características y funciones de la Medicina Legal y Forense moderna. Todo especialista o médico forense debe ser un excelente clínico que recibe y estudia a multitud de enfermos, que debe realizar difíciles diagnósticos diferenciales, que debe evaluar a otros profesionales y que debe enfrentarse habitualmente con la simulación, la disimulación y la exageración.

La existencia de la Medicina Legal Hospitalaria y la posible utilidad del especialista en las Unidades de Toxicología hospitalaria, en los centros y unidades de drogodependencias, en los servicios de urgencias extrahospitalaria, entre los toxicólogos de la escala de Facultativos y Especialistas de Sanidad Nacional, en el Instituto Nacional de la Salud, cuerpo de inspectores, unidades médicas de evaluación, facultativos de los servicios de policía mortuoria, facultativos de las fuerzas de orden público, personal docente y de apoyo de las unidades docentes de Medicina Legal y Toxicología, médicos de los laboratorios toxicológicos de referencia, servicios de información toxicológica, servicios y gabinetes de los Colegios de médicos y organizaciones profesionales, comisiones deontológicas, etcétera.

El desarrollo legislativo confirma esta tendencia. En aras de principios de dudosa oportunidad se ha desarrollado una legislación nada equitativa. Así, por Orden Ministerial de 9 de septiembre de 1988 y resolución de 12 de septiembre de 1988, se estableció para las especialidades de formación hospitalaria y no hospitalaria un sistema de selección consistente en una prueba específica de carácter estatal idéntica a la que, ese mismo año y por Orden Ministerial de 5 de octubre de 1988 se establece para la selección de candidatos a la formación médica especializada de carácter hospitalario.

Por Orden Ministerial de 27 de junio de 1989, se unifica el sistema, se pone en práctica por Orden Ministerial de 19 de julio de 1989 y se repite por Orden



Ministerial de 31 de julio de 1991 y siguientes. De este modo se genera la primera y máxima incongruencia del sistema: plantear como sistema de selección y formación básica el sistema de residencia hospitalario para especialidades que, por definición, para el legislador no tienen este carácter.

Esta es la razón básica de la crisis que atraviesa esta serie de especialidades consideradas no hospitalarias ya que sus sistemas organizativos dependen de organismos y sistemas sanitarios y utilizan procedimientos aplicativos al margen de los sistemas y procedimientos al uso en la red estatal de la Seguridad Social o concertada con ella.

Los sistemas sanitarios donde se integran estas especialidades no hospitalarias en primer lugar se encuentran al margen de los órganos que planifican la docencia especializada; carecen en buena medida de grandes estructuras con capacidad docente, en consecuencia continúan arbitrando sus propios sistemas de formación y acceso, al margen de la propia red sanitaria nacional y de lo que disponen los Ministerios de Educación y Sanidad, con lo que no se sienten vinculadas en absoluto y llamando la atención, en el mejor de los casos, como ocurre con el Ministerio de Justicia como justificación al abandono en que tienen la especialidad de Medicina Legal y Forense, sobre la baja calidad formativa de estos especialistas, —que nadie evalúa por cierto— olvidando que es el Gobierno y los Ministerios interesados, especialmente este, quienes tienen la responsabilidad de potenciar y regular la enseñanza y ejercicio de la especialidad.

La Medicina Legal depende del Ministerio de Educación y por tanto acepta fácilmente las directrices emanadas del Consejo de Especialidades que depende de los Ministerios de Educación y de Sanidad, pero no ocurre lo mismo con la Medicina Forense que depende del Ministerio de Justicia y por lo tanto se muestra llena de recelos y prejuicios y admite muy difícilmente la jurisdicción del Consejo de Especialidades Médicas al que es ajeno, dado que el acceso a la Medicina Forense se regula por una norma de orden superior e independiente (Ley Orgánica del Poder Judicial de 1 de julio de 1985). Esta triple dependencia de los Ministerios de Educación, Justicia y Sanidad hace muy difícil cualquier concierto, conversación y acuerdo. Un cambio como el que se propone no se admite de modo impuesto sino negociado. Implantarlo sólo cabría desde un nivel supraministerial pero todos los presidentes que ha tenido el Consejo han intentado reunir a los directores generales de Educación, Sanidad y Justicia y nunca han tenido oportunidad para ello. Yo mismo cuando presidí la Comisión nacional lo intenté inútilmente.

Centrándonos más en nuestro medio, el título de médico especialista, independientemente de las facultades que asisten a todo licenciado, es obligatorio, no sólo para denominarse expresamente como tal, sino para ocupar un puesto de trabajo en instituciones públicas o privadas con tal denominación, así lo preceptúan los arts 1 de todas las disposiciones al respecto (artículo 1. R.D. 127/84...).

Por lo tanto, el título de especialista médico según nuestra legislación faculta a la utilización del título, garantiza una formación determinada y entraña una acreditación laboral imprescindible para desarrollar su labor.

Corresponde la creación, supresión o cambio de denominación de las especialidades médicas, al Gobierno, de acuerdo con el artículo 149.1.30. de nuestra Constitución según Sentencia del Tribunal Constitucional 122/1989 de 6 de julio que desarrolla ampliamente el significado de este precepto constitucional. En lo que a nuestro propósito se refiere, el artículo 3 del R.D. 127/84, reitera este mandato, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Nacional de



Especialidades Médicas y oído el Consejo Oficial de Colegios Médicos, del mismo modo que los títulos universitarios quien, a propuesta del Consejo de Universidades establece los títulos universitarios que tengan validez en todo el territorio nacional así como las directrices generales de los planes de estudio (artículo 28, de la Ley Orgánica 11 de reforma universitaria de 25 de agosto de 1983). Este R.D., dentro de nuestro tradicional tejer y destejer legislativo, ha sido desarrollado por la O. de 8 de julio de 1988. Dicha orden, dentro de nuestra ya tradicional complejidad legislativa, ha sido modificada por O. de 24 de diciembre de 1988 y aplicada a través de la Resolución de 26 de junio de 1989 de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigaciones.

Otra cuestión que plantea no pocos problemas es el caso de los títulos y titulaciones universitarias. En nuestro caso acaso sea paradigmática la especialidad universitaria en «Valoración del Daño Corporal» o en «Tanatología» y los numerosos certificados y «master» que en la actualidad se imparten.

El mismo artículo de la LRU, en su apartado 3 indica que las Universidades, en uso de su autonomía, podrán impartir enseñanzas conducentes a la obtención de otros diplomas y títulos. El propio R.D. 185/85, de 23 de enero, antes citado, sobre obtención y expedición del título de doctor y otros estudios de postgraduado indica textualmente, en su artículo 17, que *«de conformidad con lo dispuesto en el art. 28 de la Ley de reforma Universitaria, las Universidades, a través de sus correspondientes Centros, podrán impartir enseñanzas para titulados universitarios sobre campos del saber propios de la carrera de procedencia o de carácter inter curricular y especialmente orientadas a la aplicación profesional de dichos saberes. Quienes superen dichas enseñanzas, podrán obtener de la Universidad el correspondiente título o diploma que carecer de carácter oficial en tanto el Gobierno no establezca lo contrario.»* Esta dualidad de títulos, derivada de la autonomía que confiere la constitución a las Universidades obligó a la publicación del R.D. 1496/87, de 6 de noviembre sobre obtención, expedición y homologación de títulos universitarios.

En la propia introducción se señala, cómo debido a la dualidad que señalamos se hace *«indispensable efectuar una clara distinción general entre títulos universitarios que tienen carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y los restantes diplomas y títulos expedidos por Universidades públicas, en uso de su autonomía o por otras instituciones o Centros en que no concurren los efectos académicos y territoriales específicos de los títulos oficiales»;* de este modo se pretende garantizar el principio de seguridad jurídica.

En base a estas circunstancias, se definen los títulos académicos con carácter oficial y de ámbito estatal y, por exclusión se limita el alcance de los restantes títulos, de carácter local y, en congruencia con el problema, se crean el Registro Nacional y los Registros Universitarios de títulos estatales y se prevé la creación en cada Universidad de Registros diferenciados para títulos propios.

En la antedicha norma se especifica claramente, en su artículo 1.1. que *«los títulos universitarios oficiales con validez en todo el territorio nacional surtirán efectos académicos plenos y habilitarán para el ejercicio profesional»*, mientras que los títulos universitarios propios, según dispone al artículo 6.2., *«carecerán de los efectos académicos plenos y de la habilitación para el ejercicio profesional»* a que se refiere al artículo anterior y su denominación no podrá ser coincidente, en ningún caso con aquellos (artículo 6.3.). De idéntico modo se expresa para el caso de titulaciones propias, expedidas por las universidades privadas (artículo 9.2.).



La Medicina Legal y Forense como título especializado oficial de ámbito nacional reúne todos los requisitos exigidos por la legislación y viene siendo considerada en los listados de toda la normativa relativa a las especialidades médicas tituladas, desde la primera Ley de 20 de julio de 1955, sobre «Enseñanza, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas».

Respecto a su campo de acción, la Medicina Legal y Forense encuentra su máxima expresión, en cuanto especialidad médica, en la práctica del peritaje médicolegal, informando de los hechos médicos o biológicos, implicados en un punto del Derecho sometido a un Tribunal de Justicia y asesorando igualmente a los profesionales médicos en el campo de su especialidad en relación a la dependencia, regulación, organización y responsabilidades médicas.

El título de médico especialista, independientemente de las facultades que asisten a todo licenciado, es obligatorio. Es obligatorio no sólo para denominarse expresamente como tal, sino para ocupar un puesto de trabajo en instituciones públicas o privadas con tal denominación, así lo preceptúan los artículos 1 de todas las disposiciones al respecto (artículo 1. R.D. 127/84....). Por lo tanto, el título de especialista médico, según nuestra legislación, facultada a la utilización del título, garantiza una formación determinada y entraña una acreditación laboral imprescindible para desarrollar su labor.

Los estudios de especialización, que antes quedaban a criterio de las Escuelas, se realizan en el momento actual de acuerdo con el programa y los objetivos marcados por una Comisión Nacional de la Especialidad. Los objetivos teóricos han sido especificados en el programa desarrollado en su día por la Comisión Nacional lo mismo que los objetivos prácticos, así como sus posibles áreas de capacitación específica, definidas oficialmente en la Guía de Especialidades en seis grandes apartados: Medicina Legal Tanatológica, Histopatología Forense, Medicina Legal Toxicológica, Medicina Legal Psiquiátrica, Medicina Legal Criminalística y Medicina Legal del daño Corporal. Así se contempla en la O. de 9 de septiembre de 1988 de acceso a las especialidades del apartado 3 del anexo del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero.

2. El profesorado.

A la enseñanza de la Medicina Legal se llega a través de una serie de concursos según la normativa universitaria, de tal modo que tras un período de aprendizaje variable y de obtener el grado de doctor, se alcanza sucesivamente el título de profesor asociado (mediante contrato) y profesor ayudante, profesor titular y catedrático (mediante concurso), en función de las plazas disponibles en cada universidad tras superar los exámenes previstos. Normalmente se requiere el título de especialista, aunque tampoco es imprescindible si el curriculum del profesor demuestra su formación.

Las Unidades Docentes se integran en áreas departamentales más grandes y disponen de laboratorios de apoyo para la docencia y la investigación de modo muy variable, dependiendo de sus líneas de investigación la dotación de cada Universidad, el acceso del profesor a los laboratorios de otros Departamentos y a las Unidades Centrales de Investigación de cada Universidad y los convenios que cada una pueda generar para incardinarse en los proyectos de investigación y en la pericia judicial. En este contexto, y de modo muy irregular, se presta apoyo a la Clínica Hospitalaria a través de los posibles laboratorios de Toxicología y Secciones o Unidades de Medicina Legal Hospitalaria y aquellas Unidades Docentes que disponen de infraestructuras adecuadas, a la pericia judicial.

En el organigrama general, dependiente del Ministerio de Educación existe



desde 1929 como órgano consultivo, la Escuela de Medicina Legal, anterior Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Central de España (1914), que todos conocemos, que radica en Madrid, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y que se encarga de la formación especializada de los residentes que el sistema le adjudica. Los Institutos de Medicina Legal son otro importante eslabón que se ha creado para impartir especialmente la docencia especializada.

Dependiendo del mismo Ministerio, como organización consultiva se encuentra el Instituto de España que agrupa todas las Reales Academias de Madrid y a las Reales Academias de Distrito que se encuentran en las capitales de provincia, teniendo entre sus misiones resolver asuntos de medicina forense y medicina laboral que les consulten las Audiencias y los Tribunales Superiores de Justicia.

3. La Medicina Forense.

La necesidad de médicos forenses se planteó a raíz de la campaña desarrollada por el profesor Mata con motivo de la Ley de Sanidad de 1855. Se constituyó como Cuerpo Nacional en 1915 y se aprobó su Ley Orgánica en 1947.

Con la promulgación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de 1882 quedó reconocida la función pericial del médico forense, asignándosele funciones asistenciales en casos de envenenamiento, heridas u otras lesiones, si bien se establece como misión esencial, precisamente, la peritación médica. Estas funciones se recogen en los artículos 343 a 352 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. La vigente Ley Orgánica del Poder Judicial explicita sus funciones en el art. 497 a 507. Su Reglamento actual es de 1996.

Se accede a través de un concurso entre licenciados en Medicina, seguido de un cursillo de perfeccionamiento de duración variable. No se precisa título de especialista y ni siquiera se considera como mérito el poseerlo. Posteriormente son destinados a los distintos Juzgados y organismos judiciales que cuentan con plazas vacantes.

Orgánicamente en su nivel más bajo, cada partido judicial debería contar con un Depósito Judicial de cadáveres anejo al cementerio respectivo. Sus enormes carencias han anulado casi totalmente sus funciones.

Aparte de estos Depósitos, se estructuraron los Institutos Anatómicos Forenses dedicados a las investigaciones tanatológicas, muchos de los cuales se fueron enriqueciendo con laboratorios y servicios diagnósticos de apoyo. Sus funciones se definen en el artículo 107 del Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses.

Las necesidades de atención y diagnóstico clínico que se le planteaban a la Medicina Legal hizo necesario que se creasen infraestructuras que resolvieran estos problemas y así se fueron creando las denominadas Clínicas médico-forenses, donde pasan consulta general y de especialidades los médicos forenses.

El paso siguiente para la mejora de la pericia medicolegal se encuentra en la organización de los Institutos de Medicina Legal, reglamentados por el R.D., 386/1996, de 1 de marzo, que integran los servicios de los Institutos y Clínicas medicolegales y optimizan los servicios tanatológicos, clínicos y de laboratorio.

Como órgano consultivo al más alto nivel, la administración de Justicia cuenta con el Instituto Nacional de Toxicología. Sus orígenes se encuentran en el



Laboratorio Central de Medicina Legal de 1886, Instituto de Análisis Químico Toxicológico (1911), para denominarse como actualmente en 1935. Trasciende la mera investigación toxicológica y cuenta con laboratorios de investigación biológica, antropológica y criminalística. Cuenta con tres Departamentos (en Madrid, Barcelona y Sevilla) pero cuatro sedes (en Madrid, Barcelona, Sevilla y Canarias).

La complejidad de la Medicina y la imprescindible división en especialidades, han roto los cauces tradicionales por los que se cubrían las necesidades de peritos ante los Tribunales. El propio Cuerpo Nacional de Médicos Forenses ha entrado en una profunda crisis estructural y científica y ha sentido la necesidad de adecuarse a los tiempos actuales, por lo que el propio Ministerio de Justicia elaboró el olvidado «*Libro Blanco de la Medicina Forense*», planteando la necesidad de una modificación a fondo a través del trabajo en equipo, el funcionamiento institucionalizado, la integración con los profesionales de la Universidad y la especialización, por áreas de capacitación. El esfuerzo que se realizó y las ilusiones que concitó se desvanecieron y se archivaron con los importantes documentos que se elaboraron entonces.

Hasta el momento actual, la selección y acceso de los licenciados en Medicina y Cirugía a la pericia oficial, se realiza a través del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses por el sistema de oposición. El único requisito que se exige es el de estar en posesión del título de licenciado en Medicina y Cirugía. La valoración de méritos no se introdujo hasta oposiciones recientes. Sólo se contabilizan, a estos efectos, los servicios prestados como médico forense interino, sustituto o contratado. Para nada se valora el título de especialista en la materia y este título estatal o los títulos universitarios tampoco se tienen en cuenta a efectos de traslados, ascensos o de plantearse otras consideraciones dentro de dichos Cuerpos.

Con el fin de obviar esta dificultad, la Comisión Nacional de Medicina Legal y Forense, bajo la presidencia del profesor Martí Lloret y luego la mía, y partiendo de lo conseguido en el Libro Blanco, entró en diálogo con las Asociaciones Nacional y Estatal de Médicos Forenses y con la propia Dirección General de Justicia que se comprometieron, tras un período de carencia de dos oposiciones, al no conocerse el número de especialistas existente, a incluir en las siguientes oposiciones el citado título de especialista como mérito, para exigirlo luego sistemáticamente en todas ellas; incluso en las oposiciones antepasadas se incluyó en el Tribunal a un profesor de Universidad, especialista en Medicina Legal y Forense y no médico forense, siendo designado para ello. No obstante, ninguno de los acuerdos fue cumplido por el Ministerio de Justicia, en función de diversos argumentos circunstanciales y de dudosa realidad, fundamentalmente debido a la oposición de las Asociaciones de Jueces y Magistrados, que se oponen a cualquier modificación del «estatus» actual del médico forense. Incluso, en la actualidad, tampoco se considera la especialidad a efectos de designar personal interino conforme disponía la circular 1/87, de marzo, de la Subsecretaría del Ministerio de Justicia, en evidente contradicción con lo dispuesto en la normativa sobre especialidades médicas, conversaciones, pactos y promesas incumplidas, con lo cual la situación se ha hecho regresiva respecto a la anterior. Diez años de negociación en Valencia han sido totalmente infructuosos hasta el punto de que los profesores hoy no pueden entrar en las instalaciones forenses, salvo orden judicial como me ocurrió en el llamado «caso Alcacer».

4. El perito médico.

En cuarto lugar conviene no olvidar que el juez, o la autoridad judicial, por propia iniciativa o a petición de las partes, puede acordar el dictamen pericial y nombrar al perito o peritos que estime más adecuados.



A tal efecto, la Ley de Colegios Profesionales y los Estatutos de la Organización Médica Colegial determinan que los Colegios de Médicos facilitarán, a petición de los Tribunales, la relación de colegiados que pudieren ser requeridos para intervenir como peritos o designarlos por sí mismos, según proceda. El mismo Código de Deontología Médica vigente, en su artículo 43, especifica el comportamiento ético de los funcionarios y peritos médicos. El propio Colegio debería cuidar de que los expertos que proponga gocen de la capacitación especializada pericial que corresponda, cosa que, hoy por hoy, no se hace. Con harta frecuencia se olvida que, mero hecho de la peritación implica hábitos y conocimientos propios de una especialidad y la exigencia de este entrenamiento y preparación, llevados de viejos hábitos, no suele exigirse a los peritos, con grave detrimento de esta importante función.

En la actualidad diversos convenios entre las Conserjerías de Justicia y los Colegios de Médicos han creado un nuevo perito, generalmente como ayuda a los médicos recién terminados y como apoyo económico de supervivencia, en que se plantean cuestiones periciales a precio de saldo y que, por lo tanto son realizados por médicos sin experiencia y con una motivación muy baja.

5. La pericia privada.

Existe, por otro lado, la posibilidad de la llamada peritación privada que tiene por finalidad igualmente el asesoramiento pericial elaborado documentalmente para ser presentados al juez en apoyo de los argumentos legales que procedan. Las disposiciones legales no establecen diferencias entre la peritación oficial y la privada, aunque sí refiere la existencia de peritos titulados y no titulados y diferencia el perito doctor del que no lo es.

Para llevar a cabo este peritaje deben ser realizados exámenes de tipo clínico o técnico, particularmente enfocados al problema judicial, que generalmente recaen sobre personas, objetos, vestigios o muestras de toda índole, lo que exige una especial, profunda y polifacética preparación, aparte de disponer del utillaje y medios adecuados. La peritación medicolegal, si bien en su mayoría es requerida por las autoridades judiciales, ordinarias o especiales, en ocasiones es solicitada por organismos públicos o privados y, en general, por quien esté afectado por el hecho judicial, en defensa de sus intereses particulares.

Por ello, y ante este concepto polifacético de nuestra especialidad, el contenido de la Medicina Legal y Forense participa de toda la Medicina, sus especialidades y sus ciencias auxiliares, sin que por ello pierda su carácter especializado en lo que se refiere a su regulación y a los capítulos que la experiencia ha demostrado como originarios de cuestiones medicolegales en la práctica, que se concreta a un número limitado de materias que son las que más frecuentemente constituyen motivo de actuaciones periciales. Por todo ello, una buena formación en tales materias es indispensable para el especialista en Medicina Legal y Forense, no sólo por los conocimientos que le facilitan, sino por la capacidad que le proporcionan para, en su caso, resolver otras cuestiones no incluidas en ellas, sobre la base de un buen entrenamiento en la sistemática del trabajo pericial y de la mecánica administrativa.

La propia O. de 9 de septiembre de 1988, de acceso a las especialidades del apartado 3 del anexo de Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, señala que *«una parte importante de las peritaciones medicolegales son llevadas a cabo por médicos pertenecientes al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, en el desempeño de sus obligaciones corporativas. Otra parte, sin embargo, pueden ser desarrolladas por médicos no integrados en dicho cuerpo, a los cuales les debe ser exigida la posesión del título de Especialista en Medicina Legal y Forense, como garantía de su adecuada competencia y 'pericia', en de-*



fensa de sus intereses particulares» y se encarga a la Comisión Nacional de la Especialidad que facilite a los órganos jurisdiccionales la lista de los especialistas titulados, de acuerdo con su residencia.

La escasa valoración del título de especialista en nuestro medio y la crítica irracional pública que se hace por parte de determinados profesionales es también causa de parte de estas ambigüedades y de que hoy todo médico se considere con capacidad pericial, en base a criterios periclitados, propios del siglo pasado que mantiene nuestro legislador, ignorante de la complejidad que ha adquirido la Medicina y la propia pericia médica.

Situación actual de la especialidad

Esta contradicción interna existente entre los distintos Ministerios de un mismo Gobierno, aparentemente incoherentes respecto a sus objetivos e ideología política, se debe a la inexistencia de comunicación entre los Ministerios de Educación, Sanidad y Justicia. Los dos primeros elaboran la normativa que es sistemáticamente ignorada por el tercero en cuanto a la especialización médica se refiere y ha originado una reacción por parte de diversos grupos de médicos especialistas, la Asociación de Médicos Especialistas ya titulados que reivindican la aplicación de la norma, por parte de diversos colectivos profesionales, como el Comité «Ad Hoc» de Sevilla, de carácter internacional, las numerosas gestiones realizadas por los profesores de la disciplina, por la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense, por las Asociaciones y Sociedades de Médicos Forenses, y por parte de la propia Comisión Ministerial de la Especialidad, han sido infructuosas.

Por otro lado, la promulgación de la Ley Orgánica del Poder Judicial, de 1 de julio de 1985, ha originado un profundo movimiento renovador en el Cuerpo Nacional, que se ha traducido en la redacción del ya citado «*Libro Blanco de la Medicina Forense*» y del nuevo Reglamento del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. Se inicia la estructuración de los Institutos de Medicina Legal que ordena la propia Ley Orgánica y que podrían ser fuente complementaria de especialización y perfeccionamiento sin excesivos costos, dado que existe la plantilla de médicos forenses, la de profesores universitarios e instituciones periciales y docentes, por lo que sólo se requeriría un esfuerzo de reglamentación y coordinación entre todas ellas.

Ello hace inviable o muy difícil la utilización de los médicos especialistas en Medicina Legal y Forense en el área pericial forense, sin que valga el falso argumento de una mala formación, que se aduce a nivel oficial, dado que nadie ha comprobado esta formación que, en todo caso, siempre será mejor que la de quienes ni esa formación tienen y vienen siendo nombrados médicos forenses interinos o sustitutos siguiendo el subjetivismo de la autoridad judicial. Otro tanto cabe decir sobre otras posibles áreas de capacitación y utilización.

Nos encontramos, pues, con una especialidad mal organizada y estructurada pese a su larga, cristalizada y arraigada tradición, ya que es una de las más antiguas de España. Depende, en su ámbito funcional, que es el más numeroso y extenso, de un Ministerio distinto a los que regulan la especialidad, que son los de Educación y Sanidad, hecho que no facilita precisamente la incorporación del especialista, que se percibe como una figura nueva, extraña a su organización, impuesta desde fuera.

Tampoco colabora la propia organización sanitaria. La Comisión Nacional de la Especialidad propuso, dado el carácter progresivamente clínico y hospitalario de la especialidad, formar al especialista a través de un primer año rotatorio en instituciones de la Seguridad Social, a la vista del estado de los estu-



dios de licenciatura que actualmente se cursan y dadas sus peculiaridades, y que se tutelase este rotatorio por un especialista en Medicina Legal y Forense.

En este sentido recomendó, en su día la creación de Unidades de Medicina Legal Hospitalaria, tal como existen en otros países europeos; con ello, la dependencia de los Centros del Ministerio de Justicia disminuiría y dichos Centros sanitarios dispondrían de un soporte y apoyo legal y de una garantía de calidad asistencial de la que hoy carecen. Igualmente se puso de manifiesto que la especialización exige la integración funcional de los especialistas en formación en las unidades sanitarias del Ministerio de Justicia para su formación integral.

Para ello deberían acreditarse como unidades docentes los centros dependientes del Ministerio de Justicia, especialmente los Institutos de Medicina Legal, Institutos Anatómicos Forenses, Clínicas Medicolegales e Instituto Nacional de Toxicología. Deberían integrarse estos centros, una vez acreditados, en la enseñanza sin necesidad de que cada Escuela proceda a suscribir convenios particulares, como se hace actualmente, lo que favorece la heterogeneidad de las enseñanzas y la imposibilidad de diseñar un programa único para todo el Estado y organizar un sistema de acreditación de los Institutos de Medicina Legal que ha creado la Ley Orgánica del Poder Judicial antes citada, cuya naturaleza es, por ley, pericial y docente.

Se insistió en que este primer curso fuese pagado, como ofreció la Comisión Permanente del Consejo, mediante las subvenciones precisas para que los cursos siguientes lo sean también, y evitar así el agravio comparativo existente en la actualidad, ya que esta especialidad, como todas, forma especialistas para el Estado español y no parece justa la subvención de unas y el gravamen para otras y tener en cuenta, a efectos de instaurar este curso rotatorio primero, la nueva estructuración del plan de estudios de las facultades de Medicina. No parece coherente que el propio Ministerio del que depende el Consejo actúe desconectando la formación pregraduada de la postgraduada. Igualmente debe tenerse en cuenta para la implantación de un sistema práctico de enseñanza común para todo el Estado, en los Institutos de Medicina Legal creados por el Ministerio de Justicia que son quienes disponen de la casuística forense.

Por otro lado, la especialidad a nivel judicial se encuentra en pleno proceso de cambio y ajuste, distinto en cada autonomía, lo que tampoco facilita este ordenamiento. Cualquier reforma debe actuar sobre una estructura jurídico-administrativa de medicina especializada consolidada, que viene ejerciéndose desde mediados del siglo pasado y que, por lo tanto, opone una gran resistencia a todo cambio, sobre todo si tenemos en cuenta que este cambio está siendo generado desde los Ministerios de Educación y Sanidad, con los que tradicionalmente nada ha tenido que ver. Este hecho es considerado desde los estamentos del Ministerio de Justicia como una invasión o un intento de «toma de poder» o de pérdida del control de esta importante área judicial.

La Comisión Nacional de la Comisión elevó al Gobierno, hace ya una decena de años, estos criterios:

"Médicos Forenses con menos tiempo de ejercicio deberán realizar los estudios de Especialidad por un tiempo variable, que se propone sea de año y medio por el Libro Blanco o por el tiempo que la Comisión Nacional o las Escuelas de Formación estimen necesario, visto su 'currículum', de modo que se cumplan los requisitos de especialización marcados por la Comisión Nacional. En este sentido, a la hora de la redacción del Anteproyecto, la Co-



misión redactora debiera tener en cuenta la Directiva de la CEE de 26 de enero de 1982, que permite la formación a tiempo completo y a tiempo parcial.

En consecuencia, las Escuelas de Formación deberían reservar un porcentaje de plazas, evaluado entre el 5 y 10 %, para ser ocupado por los Médicos Forenses que, no siendo Especialistas han ingresado en el Cuerpo a través de las pruebas propias y no están en condiciones, por falta de años de ejercicio y/o 'currículum', para obtener el título de Especialista en Medicina Legal y Forense."

Debido a todas estas dificultades, en el momento actual sólo existen tres Escuelas acreditadas, con capacidad muy limitada. Un aumento de las exigencias docentes obligaría a clausurar, muy probablemente estas unidades, con lo que España quedaría sin especialidad en Medicina Legal y Forense, a expensas de las titulaciones propias que impartieran las Universidades.

De todos modos, no parece que exista un gran interés político por resolver el problema de los futuros especialistas y de los especialistas actualmente titulados en Medicina Legal y Forense pese a las numerosas críticas que se hacen públicamente a la formación del médico forense y a las tragedias que se siguen por una pericia deficiente o insuficiente, tanto por culpa del perito como del medio en que debe desenvolverse.

En efecto, el Ministerio de Educación no parece especialmente interesado en potenciar las Escuelas de formación, sucediendo lo mismo con las Universidades. Uno y otras no dotan a las Escuelas ni de material ni de profesorado, lo que es imprescindible para una docencia rigurosa y de alto nivel como la que debería imperar en esta especialidad. Tampoco el Ministerio de Sanidad parece interesado en utilizar a estos especialistas en las áreas clínicas y hospitalarias donde sus servicios serían altamente rentables, pese a que la Comisión Nacional ha aceptado la necesidad de la formación hospitalaria rotatoria en el primer año de especialización y así lo está estructurando, dada la necesaria implicación legal que tiene hoy toda institución hospitalaria. Tampoco el Ministerio de Defensa parece interesarse por los especialistas que precisaría si pretende un servicio medicolegal acorde con el rigor que hoy debe tener la valoración judicial castrense. El Ministerio de Justicia, no sólo no apoya la especialidad, sino que la ignora y considera que ésta puede cubrirse con una pericia libre o con la sustitución del médico forense por el médico de atención primaria, lo cual resulta no sólo anacrónico, sino agravante. Lo mismo podría decirse respecto a la Iglesia que prefiere contar con sus propios peritos, a efectos canónicos si bien hay que reconocer, en honor a la realidad, que últimamente es la única institución que los recluta entre especialistas en Medicina Legal y Forense, al darse cuenta de su mejor formación y preparación para el asesoramiento de los Tribunales. Todas estas razones son las que me llevaron a la dimisión irrevocable como presidente de la citada Comisión en su día.

¿Cabría considerar a la áreas de capacitación como especialidad médica? De hecho en la mayor parte de los países, Patología, Psiquiatría, Analítica y Toxicología son especialidades distintas. Desde el punto de vista jurídico ya hemos visto que no, pero desde un punto de vista filosófico y conceptual no es tan clara la contestación.

Laín Entralgo dice que surge una especialidad cuando se concitan cuatro condiciones:

- a) Un saber técnico capaz de deslindar los cuadros morbosos.



- b) Una acumulación de pacientes con magnitud suficiente.
- c) Un nivel económico que permita sustentar a los médicos dedicados a ella.
- d) Que exista una sensibilidad especial de la sociedad hacia este modo de enfermar.

Actualmente las áreas de capacitación reúnen ya ampliamente las cuatro características y abarcan un amplio colectivo de médicos. Se refieren a una parcela muy estructurada de la enfermedad, cuentan con textos, enseñanza reglada e instituciones de apoyo, cuentan con referencias internacionales y una generalización a la mayoría de los países, mueve cuantiosos intereses económicos, en consecuencia cuenta con elementos suficientes para que puedan considerarse, al menos conceptualmente como especialidades médicas; pensemos en la Tanatología o Patología Forense; la Psiquiatría Forense; la Valoración del Daño Corporal o la Toxicología. Otra es la cuestión de cuándo y cómo pueda conseguirse su reconocimiento oficial a través del procedimiento establecido para estos casos, cuando ni siquiera se considera a la disciplina «madre» en el nivel oficial reconocido.

Lamentablemente el individualismo español y las suspicacias a que somos tan dados hace que cada línea pericial funcione desordenada e independientemente, duplicando y triplicando los gastos de infraestructura obteniendo rendimientos inadecuados al nivel del desarrollo español.

Formación continuada

No podríamos concluir sin una referencia a la formación postgraduada. Es exigencia de nuestra sociedad la puesta a punto y el reciclaje del profesional; ello es particularmente evidente en el campo donde concurren Medicina y Derecho, dos ciencias que continuamente se encuentran en proceso de cambio y de reajuste, y otro tanto cabría decir de las necesidades y requerimientos que se producen por parte de otros colectivos sociales que precisan de conocimientos medicolegales como pueden ser el de jueces, fiscales, Policía, Guardia Civil, detectives privados, criminólogos, médicos de prisiones, etcétera.

Esta puesta a punto se consigue a través del estudio continuado, asistencia de cursos que actualizan conocimientos y dan a conocer los avances de la Medicina Legal, la lectura de libros y revistas, la asistencia a congresos y reuniones científicas y la participación en sociedades y asociaciones autonómicas y nacionales, actividades que se desarrollan ampliamente en nuestro país en todas sus modalidades. Lamentablemente es un campo que no se estimula y que se deja a la iniciativa de los peritos, que no se prima ni subvenciona, que carece de planes I + D, que carece de bibliotecas y que, en general carece de interés para los poderes públicos.



«Postmortem *Pink-Teeth*»: un curioso fenómeno

María Elena Labajo González

Colaboradora del Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria de la UCM.
Profesor Asociado del Departamento de Odontología de la UEM

José Antonio Sánchez Sánchez

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la UCM.
Director de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

Belén Buera Cienfuegos-Jovellanos

Licenciada en Odontología por la UEM

Resumen

La referencia mas antigua del fenómeno *pink teeth* post-mortem (coloración rosa-rojo de dientes en cadáveres) data de 1829, cuando Bell describió dicha pigmentación en cuerpos cuya muerte había sido causada por ahogamiento o ahorcamiento. Desde entonces, diversos estudios han intentado encontrar un nexo entre la coloración y la causa de la muerte, con pocos o nulos resultados. Los análisis histológicos han demostrado que la aparición de la coloración rosa en los dientes es debida a una disociación de la hemoglobina en subproductos debido a autólisis de la pulpa, que se filtran a los túbulos de la dentina, dando al diente un aspecto exterior rosado. Las causas por la que este proceso ocurre son varias, pero bibliográficamente se ha llegado a diversas conclusiones: el fenómeno ocurre principalmente en muertes relacionadas con causas no naturales, especialmente en ahogados, pero las muertes por causas naturales no deberían ser descartadas. Es más, un ambiente húmedo y tiempo suficiente para que el proceso de coloración se produzca, son factores esenciales. Debido a las distintas situaciones en las que aparecen los *pink teeth*, y los diferentes resultados obtenidos en los estudios ya sean experimentales o en cadáveres, se puede concluir que no existe una relación real entre la aparición del fenómeno y la causa de la muerte.

Palabras clave

Diente rosa, postmortem, antemortem.



Abstract

The earliest available reference to the post-mortem pink teeth phenomenon (the pink-red coloration of teeth on dead bodies) comes from 1829, when Bell described the red pigmentation on bodies whose death was caused by drowning and hanging. Since then, different scientists have tried to find a correlation between the red coloration and the causes of death, with little or no success. Histological analyses have shown that the pink appearance in teeth is due to haemoglobin's breakdown into its degradation products due to an autolysis of the pulp. These degradation products then filter into the dentine, giving the tooth a pinkish appearance from the outside. The causes of why this process occurs are, nevertheless, many, but studies have reached several conclusions: the phenomenon occurs primarily on deaths related to non-natural causes, especially drowning, but cases related to natural causes should not be discarded. In addition, a moist environment and sufficient time after death to allow the coloration process to take place are essential factors. Due to the different circumstances in which pink teeth have been observed, and the diverse results obtained on either experimental and/or real cases studied, it can be concluded that no connection exists between the formation of the phenomenon and the causes of death.

Keywords

Pink teeth, postmortem, antemortem.

Introducción

El fenómeno conocido con el término inglés *pink teeth* define la coloración que puede variar de rosa a rojo y que aparece en los dientes de cadáveres sin un patrón aparente (número de dientes, forma, tamaño, etcétera) (1, 2, 3). Esta coloración ha sido asociada clásicamente a muerte no natural. Dicha coloración lleva tiempo siendo observada por científicos y ha habido diversas teorías sobre el porqué de su aparición.

Su primera mención científica aparece en 1829, por Bell, cuando la coloración fue observada en cadáveres cuya muerte se había producido por ahogamiento y ahorcamiento. Debido a casos similares, se llega a relacionar el fenómeno con muertes no naturales, aunque en principio las únicas menciones existentes son meras descripciones (1, 2, 3, 4).

Esta manera de ver el fenómeno y su importancia cambian a partir de 1953, durante la investigación de los conocidos como «asesinatos de Christie», momento que impulsó el posterior estudio de la coloración. Tras la investigación, Miles, Fearnhead y cols. (1953, 1954) señalan la coloración los dientes rosas en estrangulación e intoxicación por monóxido de carbono y apuntan al mecanismo etiopatogénico de los productos de degradación de la hemoglobina (4, 5).

Durante los años posteriores, diversos estudios concluyen que la coloración rosada aparece con más frecuencia en sujetos que habían sido estrangulados o ahogados, y almacenados en ambientes húmedos (1, 2, 3, 4). Al mismo tiempo aparecen otros estudios en los que se afirma que no existe relación alguna entre el fenómeno y la causa de la muerte, como los de Van Wyk (1978), Kirkham (1977), y Borrmann (1994), que ponen en duda las causas anteriores (3, 4, 6).



Lo que si parece ser un denominador común en todos ellos es la importancia de que la descomposición tenga lugar en un ambiente húmedo (1, 2, 6).

A partir de los años ochenta empezó a haber un interés científico por descubrir el proceso de formación de este fenómeno.

En 1998 Ortman describe dientes rosa e igualmente uñas rosa (*pink nails*) (7).

Hasta el día de hoy, se ha avanzado mucho en el estudio del proceso de formación, aunque todavía no se conoce una relación exacta entre la causa de la muerte y el fenómeno. Debido al estancamiento existente de su posible uso en la odontología forense, el fenómeno ha sido estudiado con menos frecuencia recientemente.

«Antemortem *Pink Teeth*» vs. «Postmortem *Pink Teeth*»

Aunque el presente trabajo está principalmente enfocado hacia el fenómeno postmortem, consideramos necesario hacer una breve referencia sobre la aparición de la coloración rosa en dientes de vivos. Este fenómeno, es multicausal:

1. Traumatismo: Según diversos estudios, es común que aparezcan dientes con coloración rosa en pacientes que han sufrido un traumatismo dental (4). La causa estaría en la ruptura de los vasos de la pulpa después de sufrir un traumatismo, y la sangre se difundiría en los túbulos dentinarios, dando al diente casi inmediatamente una coloración rosa oscuro que se vuelve rosa-marrón unos días más tarde. En su estudio, Aguiló y Gandía (1998) indican que la coloración de incisivos temporales es la secuela más común en casos de traumatismos en niños. En estos casos puede ocurrir que la pulpa siga viva y con el tiempo reabsorba la hemorragia intrapulpal, de forma que el diente recupera su color original blanco (8, 9).

2. Enfermedades sistémicas: Se han registrado casos de *pink teeth* relacionados con enfermedades como el tifus y la porfiria congénita. Uno de los signos frecuentes, aunque no patognomónicos de la porfiria congénita es la coloración rosada en los dientes (3, 4, 10).

3. Reabsorciones: En algunos dientes podría aparecer un punto de color rosa que indicaría una reabsorción interna de la pared de la pulpa. Esto es debido a una formación patológica de un tejido de granulación y a una acumulación de células gigantes en la pulpa dental. Las reabsorciones externas asimismo pueden producir coloración rosada de los dientes (3, 4, 5, 8, 9, 11).

4. Cementos de endodoncia: Otra causa de la que se tiene constancia es la aparición de dientes rosas debido a inducción por cementos de endodoncia. Estudios «in vitro» señalan que la pasta Riebler® causa una coloración roja bastante oscura mientras que los cementos Diaket® y Tubli-seal® causan una coloración más pálida (3).

5. Traumatismo por alteraciones de la presión: Otros casos conocidos y bastante peculiares, descritos por Beeley y Harvey (1973) son el de un piloto de combate que experimentó un giro invertido en un avión, y el de un gato anestesiado introducido en una centrifugadora. En ambos casos el proceso de formación de *pink teeth* es similar al de un traumatismo, aunque en estos últimos la rotura de los vasos se debe a una fuerte presión (4).



6. Otros *pink teeth* de origen postmortem: Por último, es interesante mencionar la aparición de dientes rosas en esqueletos hallados en tumbas medievales en el Reino Unido. Sin embargo la coloración de estos dientes parece deberse a un mecanismo completamente distinto al que ocurre durante la formación de los *pink teeth* clásicos. A pesar de las similitudes, es posible que un hongo saprofito sea el causante de la coloración en este caso. Aun así, las causas exactas de esta pigmentación siguen sin resolverse (12).

En resumen, el diagnóstico diferencial entre ante y postmortem *pink teeth* no debería ser un problema, ya que hay otros factores que el odontólogo forense debería considerar, como la historia clínica, dientes involucrados, localización, extensión e intensidad de la coloración.

Etiopatogenia

Después de la muerte, con tiempo y condiciones determinados, el tejido de la pulpa dental puede sufrir autólisis, liberando la hemoglobina que se mantiene soluble. Dicha hemoglobina pasa a la dentina a través de los túbulos dentinarios, formándose en su degradación protoporfirina, responsable del color, hecho que demostraron Beeley y Harvey en 1973, y Clark y Law en 1984 (1, 4) y que ya señalan Miles y Fearnhead en 1954 (5). Esto hace que vista desde la transparencia del esmalte de la corona o bajo la delgada capa del cemento, la dentina haga parecer al diente rosa. Este mecanismo general ha sido refrendado por la repetición del proceso bajo condiciones controladas en laboratorio por Van Wyk, en 1989 (13, 14). Los estudios de Van Wyk, fueron posteriormente corroborados por los de De Alameida en 1996 (15).

También se ha llegado a la conclusión de que es importante que la descomposición ocurra en un ambiente húmedo y que condiciones como congelación, calor, inmersión en agua fresca y exposición a toxinas van a conseguir que se acelere la hemólisis y esto facilite la coloración (5).

Es un hecho, por tanto, que la hemoglobina es la que da la coloración rojiza al diente. Todos los estudios han comprobado que la hemoglobina sólo se filtra en la dentina, no ha habido ni un solo caso en el que se hayan presentado filtraciones el esmalte, cemento o dentina secundaria (6).

Otra característica de los *pink teeth* es el cambio de color experimentado por algunos dientes en determinadas circunstancias. En general, sujetos a diferentes condiciones como la temperatura ambiental, la luz solar y el clima seco la coloración puede cambiar de rojo-rosa al marrón, característica demostrada *in vitro* por Kirkham (1977) (6). También se ha experimentado en laboratorio con estos dientes rosas en diferentes medios para comprobar este cambio de color, llegándose a la conclusión de que las condiciones ácidas favorecen el mantenimiento de la coloración (1, 2, 5, 6).

La razón de que exista un alto porcentaje de *pink teeth* en cuerpos recuperados del agua podría ser la posición natural en la que flotan los cuerpos, con la cabeza por debajo del torso, lo que permitiría a la sangre filtrarse pasivamente en la cabeza (5). Pero el hecho de que la pigmentación de los dientes no ocurra en todos los casos de ahogamiento o estrangulación, indica que debe de haber otros factores implicados aparte de la congestión de sangre en la cabeza. La actividad fibrinolítica y el aumento de catecolaminas que se producen en las muertes por deficiencia de O₂, podrían favorecer asimismo la aparición de *pink teeth*. La coloración puede deberse asimismo a la presencia de COHb en el diente, según los estudios de Beeley y Harvey (1973), aunque los estudios de Kirkham (1977) descartan este hecho (4, 5, 6).

Al mismo tiempo, se ha notado una mayor frecuencia de casos en caninos, incisivos y premolares que en otros dientes.

Otro aspecto a tener en cuenta es la aparición con mayor frecuencia en jóvenes que en adultos, como observa Miles (1969) o Kirkham (1977). Esto se debe a que las cavidades pulpares en jóvenes son amplias y vascularizadas, pero esta amplitud y vascularidad se ve reducida con la edad y la aparición de dentina secundaria. Esta teoría solo tendría sentido si además se asumiese la hipótesis de que uno de los factores principales para la formación de *pink teeth* es la suficiente presencia de sangre en la cavidad pulpar, para que cuando la hemólisis ocurra, una cantidad suficiente de hemoglobina esté presente para distribuirse por la dentina, impartiendo su color rojo (4, 5, 6).

De esta forma, se puede resumir que la capacidad de los dientes de experimentar la pigmentación depende de la vitalidad y vascularidad de la pulpa antes de la muerte (1, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Los asesinatos de Christie: el caso

Un cambio importante en la forma de estudiar la aparición de los dientes rosas en cadáveres fue la investigación de los conocidos como asesinatos de Christie (figuras 1 y 2). En 1953, John Christie fue juzgado y sentenciado a muerte por el asesinato de ocho personas cometidos entre 1943 y 1953, la mayoría en su casa en 10th Rillington Place en Londres. De estas ocho personas, dos habían sido asesinadas y enterradas 9 - 10 años antes, ambas estranguladas y una también intoxicada con gas. La mujer del Sr. Evans —el otro inquilino de la casa— y su hija Geraldine habían sido estranguladas y enterradas en 1949, y lo mismo le había ocurrido a la Sra. Christie en 1952. Los tres últimos asesinatos tuvieron lugar muy seguidos en 1953 y de la misma manera, primero fueron intoxicadas con monóxido de carbono y después estranguladas.

El Sr. Evans fue sentenciado a muerte y ahorcado en 1950 por el asesinato de su mujer y su hija de 14 meses. A pesar de que Christie confesó cometer todos los asesinatos, todavía quedan dudas por aclarar y hay quien dice que el Sr. Evans pudo haber matado a su hija. El caso es que los cuerpos fueron estudiados cuidadosamente por los forenses y en su autopsia, sólo aparece uno con una coloración en los dientes: el cuerpo de la Sra. Evans. Esta aparición exclusivamente en uno de los cuerpos llevó a una mayor investigación sobre el fenómeno. Casos como éste son los que desconciertan a los científicos ¿Por qué, de ocho cuerpos, con muertes idénticas y enterrados de una misma manera, sólo uno presentaba *pink teeth*? (tabla 1). De ocho cuerpos encontrados, todos muertos por estrangulamiento, tres llevaban enterrados de cuatro a ocho semanas (estos tres casos también habían sido envenenados con monóxido de carbono previo a la estrangulación), uno de 12 a 15 semanas, dos llevaban enterrados de 9 a 10 años, y otros dos tres años. De todos estos cuerpos exhumados, sólo el de una mujer de 19 años del último caso presentaba dientes con una clara coloración rosada. En la autopsia, realizada



Sobre estas líneas, fachada de la casa de John Christie en el número 10 de la calle Rillington Place en Londres. En su interior se encontraron ocho cadáveres



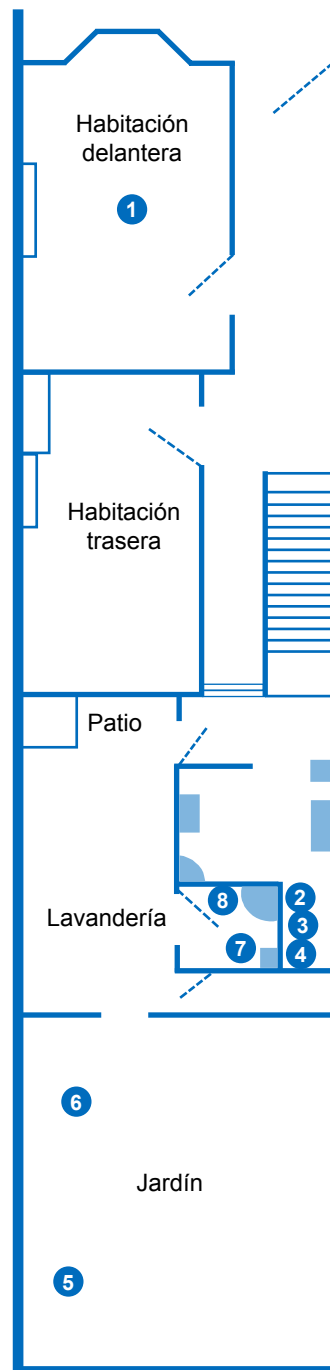
El cuerpo de Ethel Christie apareció enterrado en el suelo de la habitación delantera (a la izquierda)



tres años antes, se menciona una evidencia de muerte por estrangulamiento, pero no había mención alguna de coloración en los dientes. Durante el estudio de los dientes rosas llevado a cabo en gran detalle por el profesor E. A. W. Miles y el profesor R. W. Fearnhead (1954) se aseguró que dichos dientes contenían un componente de la hemoglobina (5). No se pudo relacionar la causa de la muerte con la formación del fenómeno.

FIGURA 1

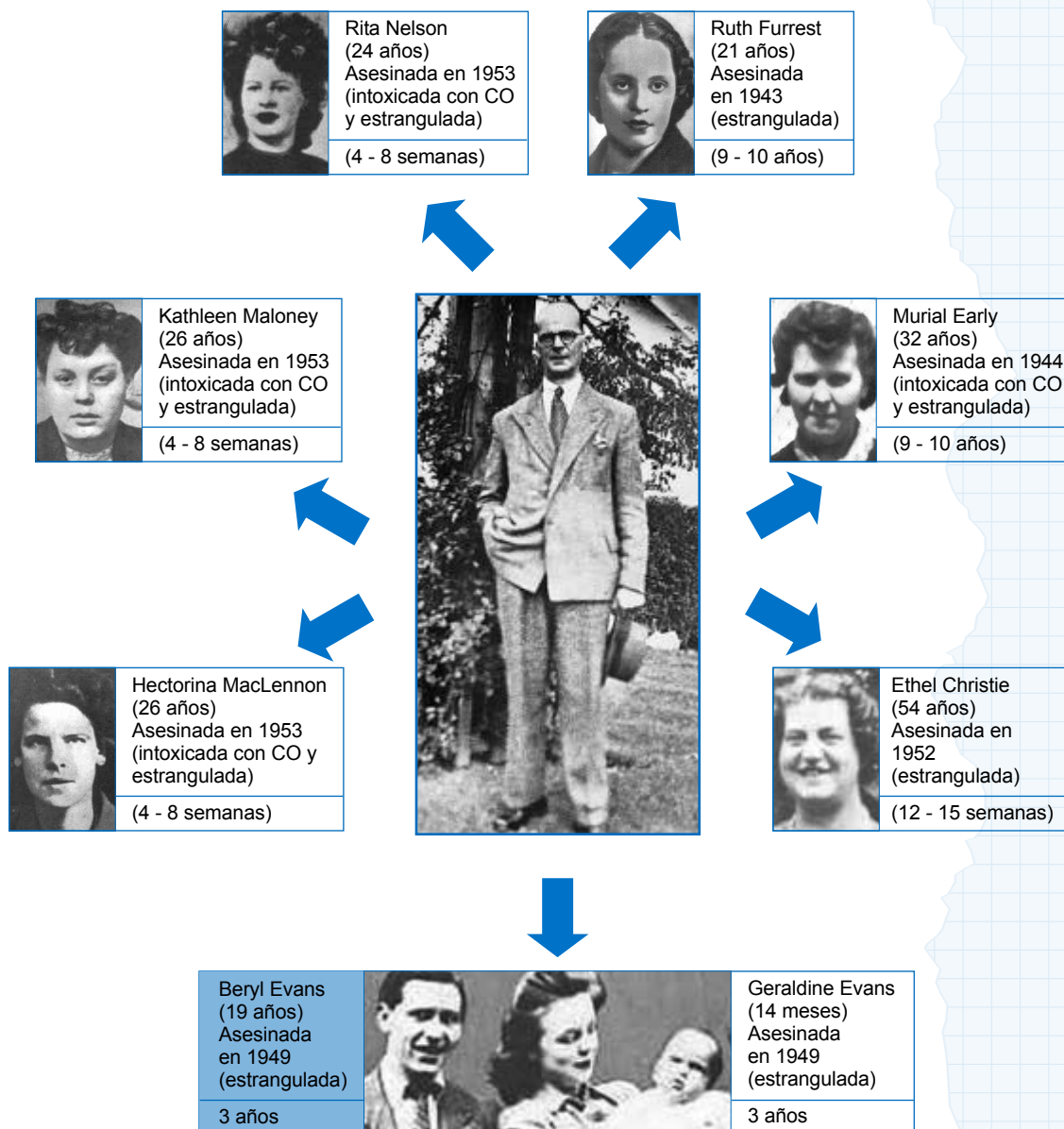
**Plano de la planta de John Christie
(número 10 de la calle Rillington Place, Londres)**
Disposición de los 8 cadáveres encontrados en ella



1. Sra. Christie
2. Srta. McLennan
3. Srta. Maloney
4. Srta. Nelson
5. Srta. Fuerst
6. Srta. Eady
7. Sra. Evans
8. Geraldine Evans

John Christie y sus víctimas

De ocho cuerpos encontrados, sólo el de Beryl Evans presentaba dientes con una clara coloración rosada



Timothy Evans fue sentenciado a muerte y ahorcado en 1950 por el asesinato de su mujer y su hija, a pesar de que Christie confesó haber cometido también estos crímenes



TABLA 1

Casos de *pink teeth* recopilados en la bibliografía consultada (1)

Art.	Edad / sexo	Causa de la muerte	Cambios postmortem	Tiempo / Ubicación	Comentarios
1	39 Hombre	Desconocida	Descomposición / larvas	Desconocido En el bosque	
1	30 Hombre	Ahogado	Desconocido	1 mes En el mar	
1	55 Hombre	Ahogado	Desconocido	1 semana En el mar	
1	54 Hombre	Sobredosis	Descomposición / larvas	18 días Dentro de casa	
2	20 - 30 Hombre	Desconocida	Descomposición avanzada	2 meses En el mar	
2	20 - 30 Hombre	Desconocida	Descomposición avanzada	2 meses En el mar	
2	20 - 30 Hombre	Desconocida	Descomposición avanzada	2 meses En el mar	
2	29 Hombre	Suicidio (ahorcado)	Descomposición	3 meses Bosque	
2	85 Hombre	Desconocida	Descomposición	2 meses En el mar	
2	32 Hombre	Ahogado	Descomposición avanzada	Muchos meses En el mar	
2	43 Hombre	Ahogado	Adipocera intensa	22 días En el mar	Temperatura muy alta (agosto)
2	25 Hombre	Ahorcado	Descomposición moderada	8 días Dentro de casa	Ambiente frío y seco
2	28 Hombre	Ahogado	Descomposición moderada	2 meses y medio En el mar	
2	24 Hombre	Ahogado	Descomposición moderada	41 días En el mar	
2	47 Hombre	Ahogado	Descomposición moderada	8 meses En el mar	
2	46 Hombre	Ahogado	Descomposición moderada	2 meses En el mar	
2	33 Hombre	Ahogado	Adipocera	4 meses En el mar	
2	41 Hombre	Ahogado	Descomposición	4 meses En el mar	
2	23 Hombre	Ahogado	Descomposición avanzada	3 meses En el mar	
2	39 Hombre	Desconocida	Adipocera	4 meses En el mar	
2	25 Hombre	Suicidio (ahogado)	Adipocera	4 meses En el mar	
2	34 Hombre	Ahogado	Descomposición avanzada	1 mes y medio En el mar	
2	39 Hombre	Ahogado	Descomposición avanzada	19 días En el mar	



TABLA 1

Casos de *pink teeth* recopilados en la bibliografía consultada (2)

Art.	Edad / sexo	Causa de la muerte	Cambios postmortem	Tiempo / Ubicación	Comentarios
2	30 Hombre	Ahorcado	Descomposición avanzada	96 horas Dentro de casa	
2	50 Hombre	Desconocida	Descomposición	2 meses y medio En el mar	
2	38 Hombre	Envenenamiento	Descomposición avanzada	Varios días Dentro de casa	Temperatura muy alta (verano)
2	40 Hombre	Suicidio (ahogado)	Descomposición avanzada	Muchos días En el mar	
2	41 Hombre	Intoxicación CO	Quemaduras extensas	72 horas Dentro de casa	A temperatura ambiental
2	50 Hombre	Desconocida	Descomposición	Varios meses En el mar	
2	40 Hombre	Desconocida	Descomposición avanzada	4 meses En el mar	
4	26, 26, 25 Mujeres	Intoxicación CO + estrangulación	Desconocido	4 - 8 semanas	Asesinatos de Christie: No <i>pink teeth</i>
4	54 Mujer	Estrangulación	Desconocido	12 - 15 semanas	Asesinatos de Christie: No <i>pink teeth</i>
4	21, 31 Mujeres	Estrangulación	Desconocido	9 - 10 años Enterrados	Asesinatos de Christie: No <i>pink teeth</i>
4	19 Mujer	Estrangulación	Desconocido	3 años	Asesinatos de Christie: Dientes claramente rosas
4	14 meses Mujer	Estrangulación	Desconocido	3 años	Asesinatos de Christie: No <i>pink teeth</i>
5		Estrangulación	Descomposición avanzada	2 / 3 semanas	
5		Estrangulación	Descomposición avanzada	2 / 3 semanas	
5		Intoxicación CO	Descomposición avanzada	2 / 3 semanas	
5		Intoxicación CO	Descomposición avanzada	4 meses	
5		Ahogado	Descomposición avanzada	4 años Exhumado	
6	11 Mujer	Desconocida	Descomposición avanzada	3 semanas En bolsa de plástico	Coronas de dientes claramente rosas: mayor intensidad en anteriores que en molares y en las raíces que en las coronas
6	39 Hombre	Disparo en la cabeza	Descomposición	Desconocido	Todos los dientes estaban rosas, mayor intensidad en incisivos centrales y premolares. Las coronas de los molares no estaban rojas, pero sí las raíces



Casos de *pink teeth* recopilados en la bibliografía consultada (y 3)

Art.	Edad / sexo	Causa de la muerte	Cambios postmortem	Tiempo / Ubicación	Comentarios
6	31 Hombre	Ahogado	Desconocido	4 días En el lago	Coronas apenas rosadas, pero raíces rosa suave
6	23 Hombre	Disparo en la cabeza	Descomposición avanzada	Desconocido	Nueve meses después algunos dientes se volvieron rosa-marrón
6	44 Hombre	Incendio en vehículo	Carbonizado	Desconocido	24 horas después de la muerte, algunos molares estaban algo rosados
6	43 Hombre	Desconocida	Descomposición avanzada	Desconocido	No dientes superiores. Seis anteriores inferiores, unos pocos molares. Color rosado visible a través de esmalte de la corona, excepto un canino blanco
6	40 Hombre	Sobredosis de barbitúricos	Desconocido	4 meses	4 años después algunos dientes tenían coloración gris-negro en coronas y raíces
6	4 + 2 Niños	Desconocida	Esqueletizado	3 meses Al aire libre	2 dientes anteriores rosas, los demás y los de los 2 niños sin coloración
6	23 Hombre	Desconocida	Casi esqueleto	2 meses	Color marrón en unos pocos anteriores
6	46 Hombre	Suicidio de un disparo	Desconocido	12 días Al aire libre lloviendo	Todos los inferiores y algunos superiores tenían coronas y raíces rosas
7	39 Mujer	Sorbedosis Hipotermia	Descomposición avanzada	2 meses En el bosque	Coloración más pronunciada en cuello del diente. No todos los dientes estaban afectados. La coloración variaba entre diente y diente. Presentaba <i>pink nails</i> en las manos
15	Hombre x 4	Ahogado	Desconocido	Desconocido	La coloración rosa apareció a los 25 días en el laboratorio
15	Hombre x 2	Ahorcado	Desconocido	Desconocido	La coloración rosa apareció a los 25 días en el laboratorio
15	Hombre	Asfixia	Desconocido	Desconocido	La coloración rosa apareció a los 25 días en el laboratorio
15	Hombre	Disparo	Desconocido	Desconocido	La coloración rosa apareció a los 25 días en el laboratorio



Conclusiones

1. La mayoría de los estudios científicos han determinado, según análisis histológicos, que la aparición de *pink teeth* se debe a una autólisis de la pulpa después de la muerte, que resulta en una disociación de la hemoglobina, la cual penetraría en la dentina pero no en el esmalte o el cemento.
2. Las condiciones favorables para la formación de postmortem *pink teeth* son un ambiente húmedo, una posición del cadáver en decúbito prono, y unos dientes con cavidades pulpares amplias y vascularizadas.
3. El fenómeno aparece después de cierto periodo de tiempo tras la muerte (como mínimo unos días o una semana), que permitan que todos los procesos relacionados con la formación de la pigmentación ocurran. Más tarde, después de meses o años, la coloración desaparece.
4. En la mayoría de los casos, su aparición está relacionada con muertes no naturales, especialmente en ahogados, aunque también pueden darse en casos de muerte natural. También es muy común su aparición en cuerpos en descomposición o saponificados.
5. No se conoce relación directa entre las causas de la muerte y la formación de *pink teeth*, lo cual impide que el fenómeno sea usado como una prueba para el análisis de la causalidad forense.

Bibliografía

1. D. H. Clark y Marion Law. Post-mortem Pink Teeth. *Medicine Science and the Law* (1984) Vol. 24(2): 130-34.
2. Niels Brøndum y Jörn Simonsen. Postmortem Red Coloration of Teeth. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* (1987) Vol. 8(2): 127-30.
3. H. Borrmann, A. Du Chesne y B. Brinkmann. Medico-legal aspects of post-mortem pink teeth. *The International Journal of Legal Medicine* (1994) Vol. 106: 225-31.
4. Josie A. Beeley y Warren Harvey. Pink Teeth Appearing as Post-Mortem Phenomenon. *J. Forens. Sci. Soc.* (1973) Vol. 13: 297-305.
5. A.E.W. Miles y R.W. Fearnhead. Post-Mortem Color Changes in Teeth. *J. Dent. Res.* (1954) 33: 735.
6. Kirkham W.R., Andrews E.E., Snow C.C., Grape P.M. y Snyder L. Postmortem pink teeth. *Journal of Forensic Science* (1977) Jan, 22(1): 119-31.
7. C. Ortmann y A. DuChesne. A partially mummified corpse with pink teeth and pink nails. *International Journal of Legal Medicine* (1998) 111(1): 35-7.
8. L. Aguiló y J.L. Gandía. Transient red discoloration: Report of case. *Journal of Dentistry for Children* (1998) Sep-Oct, 65(5): 345-48.
9. H.R. Stanley, M.I. Weisman, A.E. Michanowicz y R. Bellizzi. Ischemic Infarction of the Pulp: Sequential Degenerative Changes of the Pulp after Traumatic Injury. *Journal of Endodontics* (1978) 4(11):325-35.



10. S.C. Maniangatt, J.N. Panicker, M. Thomas y K. Pavithran. A Rare Case of Porphyria. *Annals Academy of Medicine Singapore* (2004) 33: 359-61.
11. Geoffrey S. Heithersay. Clinical, radiologic, and histopathologic features of invasive cervical resorption. *Quintessence International* (1999) 30: 27-37.
12. Dye J.J., Lucy D. y Pollard A.M. The Occurrence and Implications of Post-Mortem "Pink Teeth" in Forensic and Archaeological Cases. *International Journal of Osteoarchaeology* (1995) 5: 339-48.
13. C. Werner van Wyk. Postmortem pink teeth: in vitro production. *J. Oral Pathology* (1988) Vol. 17(9-10): 568-72.
14. C. Werner van Wyk. Postmortem Pink Teeth. Histochemical Identification of the Causative Pigment. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* (1989) Jun, 10(2): 134-9.
15. de Almeida, E. Daruge, E. Daruge Jr. y M. El-Guindy. Comparative study of experimentally induced and post-mortem pink teeth. *The Journal of Forensic Odontostomatology* (1996) 17(2): 25-27.
16. John H. Howarth. Post mortem identification of a body by use of dental evidence. *Br. Dent. Journal* (1992) May, 172(9): 334.
17. Susumu Ohtani, Yoshihiro Yamada y Isao Yamamoto. Improvement of Age Estimation Using Amino Acid Racemization in a Case of Pink Teeth. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* (1998) 19(1): 77-79.
18. Emma R. Waite. "Improvement" of Age Estimation Using Amino Acid Racemization in a Case of Pink Teeth. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* (1999) 20(2): 216-217.



Marcas de mordida: últimas técnicas de análisis

María Elena Labajo González

Colaboradora del Dpto. de Toxicología y Legislación Sanitaria de la UCM.
Profesora Asociada del Departamento de Odontología de la UEM

José Antonio Sánchez Sánchez

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la UCM.
Director de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

Laura Lafuente López

Licenciada en Odontología por la UEM

Resumen

La identificación a través de las marcas de mordida está basada en la individualidad de la dentición humana. La forma de la arcada, el tamaño de los dientes o características de su forma y alineamiento nos permiten identificar con éxito al supuesto agresor.

Las marcas de mordida pueden encontrarse en la piel de la víctima o en restos de comida y objetos localizados en el lugar del crimen.

Las técnicas utilizadas para registrar y analizar las marcas de mordida han mejorado mucho en los últimos años, desde técnicas de transiluminación hasta las basadas en la informática. Aun así, no hay suficientes estudios comparativos entre las diferentes técnicas que permitan a los investigadores llegar a un consenso.

Palabras clave

Marcas de mordida, análisis de marcas de mordida, odontología forense, interpretación de marcas de mordida, identificación.

Abstract

The identification of bite marks is based on the individuality of human dentition. Arch shape, tooth size or characteristics such as shape and alignment allow us to identify an alleged aggressor successfully.



Bite marks can be found on the victim's skin or in foodstuffs and objects discovered at the crime scene.

The techniques used to study and analyse bite marks have improved a great deal in recent years, from techniques of transillumination to more modern techniques based computer technology. An insufficient number of studies have been performed to compare the different techniques and allow researchers to come to a consensus.

Keywords

Bite marks, bite marks analysis, forensic odontology, bite marks interpretation, identification.

Introducción

Las marcas de mordida son las marcas causadas por uno o varios dientes solos o en combinación con otras partes de la boca. Pueden estudiarse en la piel de la víctima o en la del agresor y en restos de comida localizados en el lugar del crimen (1, 2).

El análisis de las marcas de mordida está basado en la individualidad de la dentición humana (1). Características como el tamaño de los dientes, la forma, el desgaste, el alineamiento, rehabilitaciones, pueden ser identificados con fiabilidad (1, 2). Cualquier peculiaridad puede crear marcas identificables (3, 4).

Los casos más frecuentes en los que se estudian las marcas de mordida son violaciones, pederastia, raptos y robos; y la localización varía según las causas y las circunstancias de la agresión (5). La clásica marca de mordida se produce por acción de los incisivos superiores e inferiores, que dejan una marca oval o circular (5).

Las marcas de mordida pueden registrarse tanto en la piel (víctima y agresor) como en restos de comida y objetos y producen una huella evidente tan válida como las dejadas en la piel (2, 6, 7).

Circunstancias como la elasticidad del tejido, la localización, la profundidad o la fuerza, la duración, la presión de la lengua, la succión, la posición o los movimientos de la víctima, o si la mordedura se produjo antemortem o postmortem son circunstancias que pueden distorsionar la marca de mordida y que deberán tenerse en cuenta para su posterior análisis (1, 8, 9, 10).

Pero no siempre podemos obtener suficientes datos para llegar a una identificación mediante las marcas de mordida (11, 12, 13). Su interpretación no es un proceso cuantitativo, sino cualitativo.

La importancia de la distorsión

Ni al producirse, ni con el tiempo las marcas de mordida son siempre estables; hay que tener en cuenta la posibilidad de que se produzcan distorsiones.

La distorsión primaria tiene lugar en el momento en el que se produce la marca de mordida. Está producida por la modificación de los tejidos y el movimiento de la víctima durante el momento del mordisco. La distorsión secundaria tiene lugar después de darse la mordedura, y se produce en los tejidos como consecuencia del paso del tiempo, modificando las dimensiones y los detalles de la marca (10). Ya que no podemos controlar la distorsión primaria,



deberemos minimizar al máximo posible la distorsión secundaria (8, 10, 11).

Técnicas de análisis

Técnicas clásicas:

En general, el análisis de las marcas de mordida se basa en técnicas de comparación (14, 15, 16). Los métodos clásicos de análisis pueden ser directos o indirectos.

a) Los métodos directos se basan en la comparación del modelo de los dientes del sospechoso con la marca de mordida o fotografías de la misma (8, 16, 17, 18, 19, 20).

b) Los métodos indirectos se basan en la comparación de registros indirectos de la mordida del sospechoso con la marca de mordida o fotografías de la misma. Los métodos indirectos facilitan la comparación, pero pueden introducir errores en nuestro análisis (8, 16, 17, 18, 19, 20).

1. Superposiciones transparentes o trazados: Trazado de la dentición del sospechoso en una lámina de acetato sobre el modelo (16).

2. Superposiciones transparentes sobre fotocopia: Trazado de la dentición del sospechoso en una lámina de acetato sobre una fotocopia del modelo (16). Con éste método se evitaría la dificultad del trazado a mano alzada sobre el modelo.

3. Transparencias o superposiciones fotográficas: Fotografía sobre transparencia de la dentición del sospechoso para facilitar la comparación con la marca de mordida (16).

4. Superposiciones generadas por fotocopidora: Impresión sobre transparencia de las superficies oclusales del modelo del sospechoso (16).

5. Entintado: Entintado de las superficies oclusales del modelo del sospechoso y fotocopia del mismo con papel de transparencias (16).

6. Empolvado: Empolvado de las superficies oclusales con polvo revelador de huellas dactilares y fotocopia del mismo con papel de transparencias (16).

7. Superposiciones radiográficas: Registro en cera de la mordida del sospechoso directamente u obtenida del modelo. Se rellenan las indentaciones con polvo radiopaco y se toma una radiografía. Este método genera una superposición muy nítida, pero hay que tener en cuenta la distinta consistencia de la piel o los alimentos y la cera, lo que podría provocar distorsiones e inducirnos a error (16). El tipo de cera también influye en la calidad del registro, mostrándose más fiables las ceras más duras que las blandas, que distorsionan el registro (14, 17).



Técnicas modernas:

1. Superposiciones generadas por ordenador: han mostrado menores errores y mayor fiabilidad que otros métodos indirectos, pero contienen todavía un elemento de subjetividad al seleccionar los perfiles de los bordes de la mordida a mano alzada (16). Aun así, al ser las comparaciones tridimensionales, se aproximan más a la realidad que las fotografías y otras superposiciones.

En un estudio en que se compararon cuatro métodos diferentes para analizar las marcas de mordida (modelos dentales, registros de la mordida en cera, fotografías y un programa de ordenador que escanea las imágenes) se llegó a la conclusión que entre cada técnica había un máximo de un milímetro de diferencia y la más precisa fue la de ordenador, aunque cualquiera de ellas válida, por ello los datos obtenidos de cada técnica podían ser considerados como una evidencia fiable en la identificación y tan única como las huellas dactilares (17).

2. Escáner tridimensional: digitalización de los modelos del sospechoso con escáner tridimensional y comparación con puntos de referencia de fotografías de la marca de mordida (8). Este sistema permite rotar los objetos y hacer que encajen, simulando incluso la progresión de la mordida, mostrando cómo el modelo va penetrando progresivamente en la piel sin distorsiones (8).

3. Registro de puntos: Toma de registros del agresor en cera doble con aluminio para controlar la penetración. Señalado de puntos de referencia y mediciones de los dientes (arco dental descrito en coordenadas X-Y. Comparación con la mordida (3, 4).

4. Réplicas acrílicas transparentes de los modelos del sospechoso (9).

5. ADN: Estudio del ADN salivar extraído de la marca de mordida (18). El ADN es estable en piel intacta al menos 60 horas después de que se haya producido la mordedura (19).

6. Estreptococo y cepas bacterianas: el estreptococo es una bacteria que se encuentra en todas las superficies de los dientes y en todas las mordeduras producidas por humanos. En diversos estudios se han comparado los estreptococos aislados de la mordida con los del agresor con resultados positivos (18, 19). El estudio del estreptococo es viable en situaciones favorables hasta 24 horas después de producirse la mordedura, aunque con el tiempo disminuye el porcentaje de colonias. La coincidencia de las cepas de estreptococos de la mordedura con el agresor no es un método individualizador, pero constituye un dato que apoya la evidencia forense (19).

7. Otras técnicas: TAC, transiluminación de la piel, fotografías ultravioletas, estudio con microscopía electrónica, xerorradiografía, etc. (9, 16).

Debido a la necesidad de cuantificar el análisis de las marcas de mordida el American Board of Forensic Odontology (ABFO), publicó una guía de puntos para sistematizar el análisis de las marcas de mordida. Desafortunadamente, las variaciones entre examinadores eran tales que el sistema fue retirado (16, 17).



En 1984, el ADA ya había publicado un baremo para cuantificar los hallazgos encontrados y determinar los resultados según las coincidencias encontradas. El baremo es orientativo, y depende de la pericia y experiencia del forense, pero facilita la sistematización del proceso de análisis.

Al no haber sistema de puntuación e interpretación único, los investigadores aconsejan para una identificación positiva que sea confirmado por al menos dos expertos forenses (14). Tras realizar estudios con policías, trabajadores sociales, odontólogos generales, estudiantes de odontología de último curso y odontólogos forenses, se ha demostrado que la interpretación de las marcas de mordida requiere experiencia y conocimientos (15). En general, el análisis de las marcas de mordida es más útil para descartar sospechosos que para identificarlos (13, 14), aunque cuando la marca de mordida es buena, el diagnóstico obtenido puede ser considerado como una evidencia fiable en la identificación, tan válida como las huellas dactilares (14, 17).

En general, podemos afirmar que cualquier método de interpretación puede ser válido siempre y cuando identifique fácilmente los rasgos que se encuentren análogos (9, 21, 22, 23, 24, 25).

Conclusiones

1. La identificación a través de las marcas de mordida esta basada en la individualidad de la dentición humana. Cualquier característica poco frecuente en la población hará de la marca un dato más evidente, pero no siempre hay suficientes detalles en la mordedura que permitan la identificación del agresor.
2. Hay que evitar al máximo posible la distorsión durante el análisis de la herida usando métodos no invasivos y registrarla lo antes posible para evitar las modificaciones en sus dimensiones.
3. El análisis de las marcas de mordida se basa en técnicas de comparación y es más útil para eliminar sospechosos que para identificarlos.
4. La fotografía es una prueba básica para grabar la herida, y debe hacerse siempre con testigo métrico para tener referencias de las medidas reales y poder compararlas con los dientes del supuesto agresor. La fotografía digital es ideal para mejorar la calidad de la imagen.
5. Los métodos tridimensionales por ordenador son más exactos que los bidimensionales como la fotografía y las superposiciones ya que la marca que analizamos es tridimensional.
6. El uso del ADN salivar podría ser una prueba definitiva y con más peso que el análisis de la marca de mordida por técnicas de comparación, pero no siempre se dispone de ella. Además necesita ADN de referencia para realizar la comparación y su análisis es una técnica costosa habiendo métodos alternativos.

Bibliografía

1. Wood R. E., Miller P. A., Blenkinsop B. R. Image Editing and Computer Assisted Bite Mark Analysis: A Case Report. J Forensic Odontostomatol. 1994; 12 (2): 30-36.
2. Bernitz H., Piper S. E., Solheim T., Van Niekerk P. J., swart T. J. P. Comparison of Bite Marks Left in Foodstuffs with Models of the Suspect's Dentitions as a Means of Identifying a Perpetrator. J Forensic Odontostomatol. 2000; 18 (2): 27-31.



3. Nambiar P., Bridges T. E., Brown K. A. Quantitative Forensic Evaluation of Bite Marks with the Aid of a Shape Analysis Computer Program: Part 1; The Development of «Scip» and the Similarity Index. *J Forensic Odontostomatol.* 1995; 13 (2): 18-25.
4. Nambiar P., Bridges T. E., Brown K. A. Quantitative Forensic Evaluation of Bite Marks with the Aid of a Shape Analysis Computer Program: Part 2: «Scip» and Bite Marks in Skin and Foodstuffs. *J Forensic Odontostomatol.* 1995; 13 (2): 26-32.
5. Ligthelm A. J., Niekerk P. J. Comparative Review of Bite Marks Cases from Pretoria, South Africa. *J Forensic Odontostomatol.* 1994; 12 (2): 23-29.
6. Mc Kenna C. J., Haron M. I., Brown K. A., Jones A. J. Bite Marks in Chocolate: A Case Report. *J Forensic Odontostomatol.* 2000; 18 (1): 10-14.
7. Nambiar P., Carson G., Taylor J. A., Brown k. A. Identification from a Bite Mark in a Wad of Chewing Gum. *J Forensic Odontostomatol.* 2001; 19 (1): 5-8.
8. Thali M. J., Braun M., Markwalder T. M., Brueschweiler W., Zollinger U., Malik N. J., Yan k., Dirnhofer R. Bite Mark Documentation and Analysis: The Forensic 3D/CAD Supported Photogrametry Approach. *Forensic Sci Int.* 2003; 135: 115-121.
9. Mc Kenna C. J., Haron M. I., Taylor J. A. Evaluation of a Bite Mark Using Clear Acrylic Replies of the Suspect's Dentition: A Case Report. *J Forensic Odontostomatol.* 1999; 17 (2): 40-43.
10. Sheasby D. R., Mac Donald D. G. A Forensic Classification of Distortion in Human Bite Marks. *Forensic Sci Int.* 2001; 122; 75-78.
11. Rothwell B. R., Thien A. V. Analysis of Distortion in Preserved Bite Marks Skin. *J Forensic Sci.* 2001; 46 (6): 573-576.
12. Pretty I. A., Turnbull M. D. Lack of Dental Uniqueness Between Two Bite Mark Suspects. *J Forensic Sci.* 2001; 46 (6): 1487-1491.
13. Kittelson J. M., Kieser J. A., Buckingham D. M., Herbison G. p. Weighing Evidence: Quantitative Measures of the Importance of Bite Marks Evidence. *J Forensic Odontostomatol.* 2002; 20 (2): 31-37.
14. Thompson I. O. C., Phillips V. M. A Bite Mark Case with a Twist. *J Forensic Odontostomatol.* 1994; 12 (2): 37-40.
15. Whittaker D. K., Brickley M. R., Evans L. A Comparison of the Ability of Experts and Non-Experts to Differentiate Between Adult and Child Human Bite Marks Using Receiver Operating Characteristic (ROC) Analysis. *Forensic Sci Int.* 1998; 11-20.
16. Koube R. F., Craig G. T. A Comparison Between Direct and Indirect Methods Available for Human Bite Marks Analysis. *J Forensic Sci.* 2004; 49 (1): 111-118.
17. Atsü S. S., Gökdemir K., Kedici P. S., Ikyaz Y. Y. Bite Marks in Forensic Odontology. *J Forensic Odontostomatol.* 1998; 16 (2): 30-34.
18. Borgula L. M., Robinson F. G., Rahimi M., Chew K. E. K., Birchmeier K. R., Owens S. G., Kieser J. A., Tompkins G. R. Isolation and Genotypic Comparison of Oral Streptococci from Experimental Bite Marks. *J Forensic Odontostomatol.* 2003; 21 (2): 23-29.
19. Sweet D., Shutler G. G. Analysis of Salivary DNA Evidence from a Bite Mark on a Body Submerged in Water. *J Forensic Sci.* 1999; 44 (5): 1069-1072.



20. Karazulus C. P., Palmbach T. M., Lee H. C. Digital Enhancement of Subquality Bite Mark Photographs. *J Forensic Sci.* 2001; 46 (4): 954-958.
21. Alboshi H., Taylor J. A., Takei T., Brown K. A. Comparison of Bite Marks in Foodstuffs by Computer Imaging: A Case Report. *J Forensic Odontostomatol.* 1994; 12 (2): 41-44.
22. Pretty I. A. A web-Based Survey of Odontologist's Opinions Concerning Bite Mark Analyses. *J Forensic Sci.* 2003; 48 (5): 1117-1120.
23. Mailis N. P. Bite Marks in Forensic Dental Practice: the Russian Experience. *J Forensic Odontostomatol.* 1993; 11 (1).
24. Avon S. L. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc.* 2004; 70 (7): 453-458.
25. Free E. W., Brown K. A. A Bite Mark and Fracture? *J Forensic Odontostomatol.* 1995; 13 (2): 33-35.



Análisis del Reglamento Regulator de la Actividad Pericial Médica del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Dra. Ana Patricia Moya Rueda

Prof. Dr. Vicente Moya Pueyo

Introducción

Durante más de un siglo la actividad pericial en el campo de la Administración de Justicia ha estado regulada principalmente por dos grandes leyes de procedimiento, la Ley de Enjuiciamiento Civil de 3 de febrero de 1881 y la Ley de Enjuiciamiento Criminal de 14 de septiembre de 1882. Ambas, entre otras muchas cuestiones, han venido regulando el quehacer de los peritos de una forma general y común para todos ellos, salvo contadas excepciones como ha sido el caso de la segunda de estas leyes cuando en determinados preceptos se ocupa de ciertas actividades de los médicos forenses.

Por otra parte, las anteriores leyes fueron promovidas e impulsadas desde el campo jurídico, sin intervención alguna de la corporación médica que no llegó a dictar ninguna norma con la finalidad de perfeccionar, impulsar o facilitar la tarea del grupo de sus colegiados peritos.

A partir del año 2004 se ha producido un cambio profundo en la materia que nos ocupa y que entre otros Esparza Leibar (1) lo consideran un cambio de gran envergadura. Como consecuencia de la aparición de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley 1/2000, que sustituyó a la del mismo nombre promulgada 119 años antes, en materia de procedimiento aparecen modificaciones de importancia que afectan a la prueba pericial, estableciendo normas nuevas sobre los peritos y sus actividades, asigna a los Colegios profesionales determinadas competencias y señala que esta ley será de aplicación no sólo en los procesos civiles, sino también en defecto de otras disposiciones, en otros campos de la Administración de Justicia, como el penal, el laboral, el contencioso-administrativo y el militar, con lo que ha pasado a ser la gran Ley de procedimiento y no sólo por su amplio campo de aplicación sino porque aborda problemas, y da soluciones que no podían preverse hace más de un siglo.

Tomando como base, por una parte, el contenido de esta Ley, en lo sucesivo LEC, las normas derivadas de la misma y particularmente la Instrucción 5/2001 del Consejo General del Poder Judicial, de 19 de diciembre (2), y las competencias que asigna a los Colegios profesionales, teniendo en cuenta,



por otra parte, las funciones que ya tenían éstos conforme a la ley reguladora de los mismos, de 1974, que les otorga, entre otras, la competencia de **ordenar el ejercicio de las profesiones**, el Oficial de Médicos de Madrid ha elaborado y aprobado un Reglamento Regulador de la Actividad Pericial Médica para que sea aplicado por el grupo de sus médicos peritos, lo que constituye una verdadera novedad, tanto desde la vertiente médica como desde la jurídica, y que puede constituir un hito histórico en la materia.

Lo precedente enriquece el marco normativo en lo que respecta a la prueba pericial y a los peritos médicos, con aportaciones genuinamente médicas y contribuye, por tanto, al perfeccionamiento de la actividad judicial al ocuparse de los médicos-peritos, de las listas o relaciones de los mismos y de la manera de efectuar su cometido, persiguiendo la finalidad, entre otras, de que pueda encontrarse en todo lugar del territorio de la Comunidad de Madrid un perito médico, especializado y capacitado para cumplir su función, en todo momento; con lo que se incrementará el número de las actuaciones de estos profesionales y se fomentará el análisis y la comparación y contraste de sus trabajos, todo lo cual redundará en una mejor Administración de Justicia.

El texto del reglamento que nos ocupa consta de un preámbulo introductorio que vamos a analizar seguidamente y de once artículos de los que nos ocuparemos en la parte dispositiva.

El preámbulo o exposición de motivos se transcribe en el breve texto que sigue:

Exposición de motivos

A raíz de la entrada en vigor de la Ley 1/2000, de 8 de enero, de Enjuiciamiento Civil, los Colegios Profesionales han adquirido una gran relevancia en la composición de las listas de colegiados dispuestos a desarrollar e intervenir en la actividad propia de su disciplina y especialización, encontrándose obligados los Colegios a remitir a los Juzgados y Tribunales, anualmente, un listado de los mismos.

El Colegio de Médicos de Madrid ha elaborado el presente reglamento, con la finalidad de cumplir dicha función y poder prestar a la Administración de Justicia el mejor servicio, garantizando la mayor cualificación profesional de los colegiados que intervengan como peritos y el adecuado cumplimiento de la función pericial por parte de los mismos.

Para cumplir este objetivo, el reglamento regula, por un lado, los criterios exigidos para acceder a los listados de peritos médicos que se remiten anualmente a Juzgados y Tribunales y, por otro, la forma de desarrollar la actividad pericial médica.

En dicha exposición de motivos se subraya que con la entrada en vigor de la LEC los Colegios profesionales han adquirido una relevante función cual es la elaboración de las listas o relaciones de colegiados dispuestos a desarrollar e intervenir como peritos en la actividad propia de su disciplina y especialización y además la obligación de remitir cada año a los Juzgados y Tribunales un listado de los mismos como señala el artículo 341.1 de dicha ley cuyo texto es el que sigue:

En el mes de enero de cada año se interesará de los distintos Colegios profesionales, o en su defecto de entidades análogas, así como de las Academias o instituciones culturales y científicas... el envío de una lista de colegiados o asociados dispuestos a actuar co-



mo peritos. La primera designación de dicha lista se efectuará por sorteo realizado en presencia del Secretario Judicial y a partir de ella se efectuarán las siguientes designaciones por orden correlativo.

Para precisar la forma de remitir los listados a los órganos judiciales se aprobó la Instrucción 5/2001, de 19 de diciembre antes citada. Según lo precedente el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, al igual que otros Colegios profesionales de su territorio, elaboró la lista de colegiados dispuestos a actuar como peritos y todas ellas han sido incluidas en un libro, de reciente aparición, titulado *Listados Oficiales de Peritos de Colegios Profesionales de la Comunidad de Madrid (3)*, en el que aparecen alrededor de 300 médicos distribuidos en casi todas las especializaciones médicas existentes oficialmente y más de 4000 en el total de las listas de las demás profesiones.

Además el Reglamento asume la función de garantizar la mayor cualificación profesional de los colegiados que intervengan como peritos y el adecuado cumplimiento de sus funciones todo ello conforme a la citada ley de Colegios profesionales de 1974, de 13 de febrero que en su artículo 1 apartado 2 dice que son fines de los Colegios profesionales la ordenación del ejercicio de las profesiones... y en su artículo 5 apartado i, al enumerar las funciones de estas corporaciones, dice que les corresponde ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial; todo lo cual viene, a su vez, recogido en los Estatutos del Colegio de Madrid en su artículo 3^a1 y 3^a2 cuando señala como fines del Colegio **la observancia de los criterios éticos y normas deontológicas.**

En síntesis, el Colegio de Médicos de Madrid, en aplicación de la LEC por una parte y, por otra, de las normas colegiales vigentes, ha elaborado y aprobado el Reglamento que analizamos con las finalidades de facilitar y mejorar las actividades de sus médicos peritos lo cual, en principio, debe reconocerse como una iniciativa inédita, plausible y útil para los colegiados peritos, abogados y justiciables.

Parte dispositiva. Ámbito de la aplicación

La parte dispositiva dedica un apartado al ámbito de aplicación del Reglamento, otro a los fines del mismo, los dos siguientes a los requisitos para incorporarse al Colegio, la tramitación de las solicitudes, la renovación de las listas y la pérdida de la condición de perito; le sigue otro bajo el título de derechos y deberes de los peritos y los finales, dedicados uno de ellos a los honorarios y otro a la entrada en vigor, todo lo cual veremos a continuación.

El artículo primero figura con el título de *ámbito de aplicación*, con el siguiente texto:

Disposiciones

Artículo 1. Ámbito de aplicación

El presente Reglamento será de aplicación a todos los colegiados pertenecientes al ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICO-MEM) que quieran formar parte del listado de peritos que anualmente se remite a los Juzgados y Tribunales así como a los que intervengan ya en la actividad pericial médica.

Del análisis del texto precedente se desprende que el Reglamento que analizamos, en principio, es de aplicación a los médicos que ejercen como peri-



tos en el territorio de la Comunidad de Madrid, es decir, a los colegiados pertenecientes a él y cuando actúen en su territorio, dado que la pertenencia a un Colegio profesional faculta no sólo para ejercer dentro del territorio del mismo, sino que cumpliendo determinados requisitos, se puede ejercer en otras provincias. En estos casos el Colegio encargado de velar por las normas profesionales y éticas es aquél en donde se efectúa la actividad médica concreta y en consecuencia serán de aplicación sus propias normas.

Por tanto, el Reglamento es de aplicación a los colegiados médicos de Madrid cuando actúan dentro de su territorio y a los colegiados de otras provincias cuando efectúan sus actividades concretas en el territorio de Madrid.

El Reglamento añade que será de aplicación, además, *a quienes intervengan, ya, en la actividad pericial médica.*

En efecto, además de los médicos colegiados que figuran como peritos en sus listas, existen otros médicos peritos, como los designados a propuesta de las Academias, o propuestos por las partes intervinientes en los asuntos o designados por el Juez. Pues bien, a todos ellos les es de aplicación el Reglamento por ser necesariamente colegiados dado que de lo contrario no podrían realizar su actividad pericial médica, salvo en casos excepcionales, y de ningún modo figurar en los listados que elabora el Colegio para los Juzgados y Tribunales.

Por otra parte, la redacción de este precepto es desafortunada puesto que, al decir *intervengan, ya...* parece que quiere significar que no será de aplicación a quienes intervengan en lo sucesivo, situación que sin duda no ha estado en el ánimo de los redactores de este precepto ni de la Junta Directiva en el momento en que se aprobó el texto en su literalidad actual. Lo precedente obligará a modificar la última parte del texto de este artículo con la finalidad de evitar que su interpretación literal conduzca a situaciones particulares de inaplicación del Reglamento a determinados colegiados peritos sin fundamentación alguna.

Fines de este reglamento

El artículo 2, bajo el título de *Finalidad del Reglamento*, desarrolla su contenido en los ocho puntos siguientes:

Artículo 2. La finalidad que persigue el Colegio por medio del presente reglamento es:

- a) *Controlar el acceso de los colegiados a la actividad pericial médica velando por la cualificación profesional y ética de los mismos, mediante la participación de las sociedades científicas de cada especialidad y de la Comisión Deontológica en los procesos de incorporación.*
- b) *Velar por el adecuado cumplimiento de la función pericial por parte de sus miembros.*
- c) *Regular y corregir el defectuoso ejercicio de los peritos pertenecientes a este Colegio en el desempeño de las funciones periciales.*
- d) *Realizar y mantener actualizadas anualmente, las listas de peritos dentro del ámbito territorial, procurando su distribución allí donde pudiera interesar.*
- e) *Atender, con un adecuado nivel de garantías, las peticiones de*



peritos que provengan de la sociedad en general, y de los Juzgados y Tribunales en particular.

f) Atender aquellas cuestiones relacionadas con el ejercicio de la actividad pericial desarrollada por sus miembros.

g) Asesorar e informar a los peritos sobre las cuestiones relacionadas con la actividad pericial.

h) Mantener con los Juzgados y Tribunales una continua comunicación sobre la actividad pericial desarrollada por los miembros de este Colegio.

En el apartado a) se determina que la primera función del Colegio consiste en controlar el acceso de los colegiados a la función pericial médica velando por la cualificación profesional y ética de los mismos, con lo que sin duda se persigue la elevación de la calidad pericial, el nivel científico y técnico de los informes que vayan a emitir, lo cual a nuestro entender justifica que figure en primer lugar y sea la mayor preocupación del Colegio respecto del grupo de sus colegiados peritos. Ahora bien, el Colegio de Médicos tiene una zona de actuación en este campo muy escasa dado que la propia LEC señala claramente en su artículo 341.1, anteriormente transcrito, que los Colegios enviarán una lista de colegiados dispuestos a actuar como peritos.

La Ley, por tanto, no pone límites para figurar en las listas a los colegiados que expresen formalmente su voluntad de querer figurar en las mismas, que quieran actuar como peritos.

Entendemos, en consecuencia, que todos los médicos tienen **derecho** a actuar como tales, la única reserva es la especialización profesional en aquellos casos en que se encuentre oficialmente reconocida y regulada por leyes como es el caso del ejercicio de la medicina y de lo que nos ocuparemos más adelante.

Si para el Colegio todos los colegiados son iguales no se entiende bien cuál es el papel que puede corresponder a la Comisión Deontológica o a las Sociedades Científicas, que podrían ser útiles en casos de denuncias u otros conflictos, pero no para admitir o denegar el acceso a las listas referidas que a nuestro entender constituye un derecho de todos los colegiados, con la excepción de los sancionados con la pérdida del ejercicio profesional.

En el apartado b) se atribuye como función del Colegio velar por el adecuado cumplimiento de la función pericial, lo cual es una manifestación en el campo pericial de la obligación que tiene el Colegio de velar por que todos sus miembros cumplan correctamente con sus obligaciones profesionales, sin que quepa excepción para ninguno de ellos, sea la especialización de que se ocupe o la forma de ejercicio profesional que practiquen. Siendo la función pericial una parte del quehacer profesional no puede ésta quedar fuera del control colegial y en consecuencia el Colegio puede ocuparse del estudio de las actividades periciales de cualquier colegiado y decidir como proceda.

En armonía con lo precedente se encuentra la capacidad del Colegio para regular y corregir el defectuoso ejercicio de los peritos médicos, que figura en el apartado c), al igual que en el ejercicio de cualquier otro campo de la medicina.

El siguiente punto, el d), señala como otra de sus funciones realizar y mantener actualizadas las listas de peritos con carácter anual, facilitando su distribución a quienes pudieran interesar. Esta función puede considerarse como una obligación del Colegio que dimana del precepto de la LEC tantas veces



citado y con lo cual se corrige de plano uno de los principales reparos que se argüía por los abogados y justiciables de encontrar grandes dificultades para localizar peritos médicos a fin de que actuasen en determinados temas y muy concretamente cuando se trata de enjuiciar a otros médicos, llegándose incluso a tildar de corporativismo. Con la elaboración de amplias listas de colegiados dispuestos a actuar como peritos y sometidos no sólo a las leyes de procedimiento si no además a la disciplina colegial y a una eficaz difusión y publicidad de las mismas desaparece para siempre este reparo o dificultad.

En relación con lo anterior se encuentra el punto siguiente, e), que atiende las solicitudes de perito con el adecuado nivel de garantías y que provengan de la sociedad en general y de los Juzgados y Tribunales en particular. Es evidente que esta cuestión queda resuelta con la existencia de las listas y además, en determinados casos en que se pida la actuación de superespecialistas se puede acudir a las observaciones sobre superespecialización que aparecen en las mismas o a la actuación de las sociedades científicas.

Los puntos f) y g) incluyen las tareas de apoyo y ayuda colegial en aquellos casos en que se soliciten por los colegiados. Esta función es de verdadero interés dado que el Colegio puede disponer de múltiples recursos que son difíciles de adquirir por parte de todos los peritos y contribuye así el Colegio a facilitar la tarea de sus colegiados.

Por último, el punto h) incluye la función de mantener con los Juzgados y Tribunales una continua comunicación sobre la actividad pericial de los miembros de este Colegio. Esta función, que consideramos de primer rango, no estaba asumida por nadie hasta la actualidad. La inmensa mayoría consideraba que los peritos sólo tenían problemas científicos o técnicos y olvidaban que, además de ellos, necesitan medios e instrumentación sofisticada en ocasiones para poder exponer sus informes y tiempo suficiente, al igual que lo tienen abogados y procuradores, siendo frecuente en el caso de los peritos que estas cuestiones se descuiden por parte de los Tribunales, por lo que el Colegio puede asumir la representación colectiva de los peritos médicos ante las autoridades judiciales y emprender las actividades con miras de que sean corregidas.

Vemos, mediante el artículo que analizamos, que el Colegio de Médicos asume una serie de funciones en relación con la actividad pericial de los médicos de apoyo, ayuda, facilitación de las mismas, control colegial y deontológico de la actividad que realizan, elaboración y difusión de las listas de colegiados-peritos e incrementar su relación con los órganos judiciales. Con todo lo cual se pretende que abogados, procuradores y las partes en general dispongan de un perito capacitado para realizar su tarea dentro de cualquier campo el saber médico y sin dificultad con lo que, como dice Martí Mingarro (4), contribuirán al mejor funcionamiento de la Administración de Justicia y, al fin y al cabo, del sistema social y económico.

Estas funciones que asume el Colegio Oficial de Médicos de Madrid son paralelas desde la vertiente jurídica a la nueva consideración de los peritos que les otorga la nueva LEC, dado que han dejado de ser meros auxiliares del Juez tal como para algunos los consideraba la ley de 1981, sino que la naturaleza de su actividad pericial constituye la de un medio de prueba según Devis Echandía (5).

Requisitos para ser incorporado a las listas de peritos

El artículo 3) del Reglamento se ocupa de los requisitos para ser incorporado a las listas de peritos que como hemos visto son dos para la LEC: pertenecer al Colegio y estar dispuesto a realizar pruebas periciales. En cambio,



para el Colegio este artículo tiene gran trascendencia por lo que desdobra el contenido de los mismos en once apartados con el siguiente texto:

- a) *Estar colegiado en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.*
- b) *Estar en activo en el ejercicio de la profesión médica en la especialidad médica para la que se pretende su inclusión como perito.*
- c) *Poseer un grado de formación técnica jurídica suficiente para el desarrollo de la actividad pericial.*
- d) *No haber sido valorado negativamente por la sociedad científica de su especialidad, al haber evaluado su cualificación profesional, científica, docente y asistencial; ni por la Comisión Deontológica de la Corporación al haber examinado los aspectos éticos de su actuación profesional.*
- e) *Hallarse al corriente de pago de las cuotas colegiales y en cumplimiento de las demás obligaciones económicas del Colegio.*
- f) *Acreditar documentalmente la experiencia y titulación.*
- g) *No haber sido sancionado penal ni administrativamente por hechos relacionados con la actividad profesional, salvo que cumplida la pena o sanción se encontrase la misma cancelada.*
- h) *No estar incurso en causa de incompatibilidad legal o deontológica.*
- i) *Tener especialidad registrada en el Colegio para poder efectuar un informe pericial en casos directamente relacionados con ésta.*
- j) *Aceptar la regulación de la actividad pericial médica contenida en el presente reglamento.*
- k) *Presentar la solicitud de incorporación, con la documentación requerida y abonar los gastos correspondientes.*

El primero de ellos, el a), consiste en estar incorporado al Colegio de Médicos de Madrid, puesto que la propia LEC señala en su artículo 341.1 que *se interesará de los distintos Colegios profesionales, o en su defecto entidades análogas, así como de las Academias y entidades culturales y científicas..... el envío de una lista de colegiados o asociados dispuestos a actuar como peritos*, por lo que no es posible su inclusión en la misma sin reunir este requisito de la colegiación, al igual que no se puede figurar en la lista de una Academia sin ser académico de la misma. Es más, como la práctica de actividades periciales por cuenta propia supone una forma de ejercicio profesional, ha de entenderse que el Colegio no puede incluir en los listados a los colegiados pertenecientes a la clase de sin ejercicio de acuerdo con la calificación que hace el Colegio de sus colegiados en los vigentes estatutos del mismo (6), ni por supuesto a los Licenciados en Medicina no pertenecientes al Colegio, los cuales no pueden ejercer ninguna actividad profesional, salvo en casos excepcionales.

El apartado siguiente, el b), exige *estar en activo en el ejercicio de la profesión médica en la especialidad médica para la que se pretende su inclusión como perito*.

Los Colegios profesionales pueden elaborar una lista de peritos común y



única para toda la profesión, en toda su extensión, que es el proceder de la inmensa mayoría, o bien, como hace el Colegio de Madrid, realizar un listado independiente para cada especialidad médica oficialmente admitida, que esté reconocida y amparada por una disposición oficial como acaece con el Decreto ordenador correspondiente de 1984 (7) en donde se explicita que el título de médico especialista será exigible para ejercer con tal carácter. El Colegio de Madrid, queriendo dar adecuado reconocimiento al hecho de la especialización médica y a que el figurar en un listado de especialistas supone ejercicio continuado en la misma, ha actuado acertadamente al clasificar a sus médicos-peritos mediante listas separadas.

Ahora bien, lo anterior no significa que un médico que no posea el título de médico especialista no pueda emitir informes en el área de la misma. Podrá actuar a propuesta de las partes, por designación del Tribunal, pero eso es una cuestión y otra bien diferente el poder figurar en las listas o no. El introducir el sistema de peritos médicos mediante su separación por especialidades conforma un evidente avance desde el punto de vista técnico-científico, insistentes, aunque ello acarree también dificultades como en aquellos supuestos en que a petición de un Tribunal o incluso privada se requiere un perito médico, sin especificar especialización alguna o aquellos otros casos en que el tema es complejo, como sería emitir un informe en relación con un enfermo epiléptico *por el especialista que corresponda* que pudiera ser un neurólogo, un neurocirujano, un psiquiatra, un pediatra, un médico general, un médico de familia, etcétera.

La expresión *estar en activo en el ejercicio de la especialidad médica...* supone, como hemos visto antes, la exclusión de la clase de colegiados sin ejercicio y dentro de los colegiados con ejercicio pertenecer al grupo de colegiados con ejercicio privado de la profesión, es decir, encontrándose dado de alta a efectos fiscales al igual que cualquier otro colegiado que como consecuencia de sus actividades médicas privadas reciba ingresos profesionales.

Por lo que se refiere al apartado siguiente, poseer el grado de formación técnica jurídica suficiente para el desarrollo de la actividad pericial, consideramos que deben hacerse algunas precisiones.

En primer término, todo licenciado en Medicina posee competencia profesional para practicar su ejercicio de una forma completa y del mismo modo que puede tratar a un enfermo con un ulcus gástrico o una dermatitis dado que en su momento superó las enseñanzas de patología digestiva o de dermatología, puede realizar un informe pericial médico puesto que superó las enseñanzas de Medicina Legal, materia de carácter troncal en cuyo contenido figura obligatoriamente un epígrafe con el título de **Aspectos éticos y jurídicos para el Ejercicio de la profesión** dentro del cual se imparten las enseñanzas correspondientes a la teoría y a las prácticas respecto de la elaboración de informes periciales por lo cual, en principio, a todo médico en estas cuestiones la preparación se le supone. De todas formas el Colegio de Médicos de Madrid, conjuntamente con el Consejo General del Poder Judicial imparte cursos de ampliación y profundización en estos temas mediante la enseñanza correspondiente a través de un título propio, de gran interés, aunque no puede tener el carácter de enseñanza obligatoria para los colegiados, ni exigirles ninguna otra forma adicional para acreditar su formación técnica jurídica en la materia.

En el apartado d) se requiere no haber sido valorado negativamente por la Sociedad Científica de su especialidad ni por la comisión Deontológica del Colegio. La inmensa mayoría de los médicos terminan su vida profesional sin haber sido valorados jamás por ambas entidades, por lo que este requisito sólo es exigible en el supuesto de haberse producido tal valoración y, ade-



más ser negativa, en el sentido de haber recaído una sanción que conlleve la pérdida o inhabilitación del ejercicio profesional. De todas formas enseguida aparecen dificultades para aplicar el texto oficial, dada la ambigüedad o carencia de rigor de la expresión *valoración negativa* y qué elementos de juicio han de considerarse para ello y, por otro lado, en lo que respecta a la Sociedad Científica habría que determinar a cuál Sociedad Científica corresponde ante la existencia de especialidades médicas con varias sociedades científicas y denominaciones próximas.

El punto siguiente exige el pago de las cuotas colegiales y demás obligaciones económicas con el Colegio, su contenido no ofrece reparo alguno, el impago de las cuotas colegiales conduce a la baja como colegiado y a partir de ese momento no existe posibilidad de continuar incorporado a las listas, por no ser ya colegiado o por haber quedado suspenso como tal.

Respecto a acreditar la experiencia y titulación, esta última ya se exigió para incorporarse al Colegio, con la excepción del título de especialista que deberá presentarse a fin de poder ser incluido en las listas de la especialidad o especialidades correspondientes. Mediante otros títulos o trabajos científicos o profesionales puede acreditarse la experiencia profesional en determinados temas ante el Colegio lo cual puede ser de utilidad bien hacerlo constar en los listados o para que el Colegio proponga a determinados peritos, en campos de superespecialización, si bien la carencia de otros títulos o de experiencia previa no puede ser motivo de denegación a un colegiado de su incorporación a las listas, por lo que pensamos que el apartado que analizamos debería ser objeto de otra redacción más explícita.

El punto g) introduce un nuevo requisito cual es no haber sido sancionado ni penal ni administrativamente por hechos relacionados con la actuación profesional.

Por lo que respecta a la sanción penal debería restringirse a los delitos y excluir las faltas sin excepción. Por lo que afecta a los delitos habría de distinguirse los dolosos, que sí podrían ser objeto de exclusión, de los culposos que en general no limitan la posibilidad de ocuparse de la misma actividad profesional, salvo en las situaciones en que llevan aparejada la pena adicional de inhabilitación temporal y que además con frecuencia no se dispone que se refiera a todo el campo profesional, pudiendo, por tanto, figurar en las listas de médicos peritos.

El requisito h) dice textualmente no estar incluso en causa de incompatibilidad legal o deontológica.

La LEC incluye como causa de recusación de peritos:

- a) haber dado anteriormente sobre el mismo asunto dictamen contrario a la parte recurrente,
- b) haber prestado servicios como tal perito al litigante contrario o ser dependiente o socio del mismo y
- c) tener participación en establecimiento, sociedad o empresa que sea parte del proceso.

A su vez el artículo 343 señala que podrán ser objeto de recusación cuando se den las circunstancias de ser cónyuge o pariente hasta el cuarto grado civil, tener interés directo o indirecto en el asunto o en otro semejante, estar o haber estado en situación de dependencia o de comunidad o de interposición de intereses con alguna de las partes, abogados o procuradores o de



amistad o enemistad en los mismos supuestos.

Lo precedente implica incompatibilidad para actuar en casos concretos, ahora bien la incompatibilidad para figurar en las listas puede nacer de las situaciones o circunstancias de quien pretende su inclusión en el listado, como son: tener dedicación a tiempo completo o exclusivo en otro puesto de la Administración, ser pensionista, en determinados casos, de la seguridad social, etcétera, etcétera.

Por lo que respecta a la incompatibilidad deontológica en el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial figura una: Artículo 43.2 *La actuación como perito es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente*. Este precepto tiene para algunos tratadistas como Gonzalo Herranz (8) una justificación en que la libertad de juicio no sólo se exige en el médico perito la ausencia de coacción exterior, si no también la ausencia de influencias subjetivas que pudieran viciar su juicio libre. Debe resaltarse que el contenido de este precepto figura en el vigente código de deontología médica francés en su artículo 105 (9).

El siguiente punto de este artículo, el i), considera requisito tener la especialidad registrada en el Colegio para poder hacer el informe pericial en los casos directamente relacionados con ésta.

Se dan frecuentes casos de petición por parte de jueces de que la realización de un informe se efectúe por un determinado especialista y, es evidente, que si no está registrado como tal mediante la presentación del título correspondiente, no podrá ser designado o propuesto. Sobre a qué clase de especialista corresponde cada caso ya señalamos las dificultades existentes a veces por el hecho de poder ser competencia de varios especialistas el estudio y tratamiento correspondientes.

Ahora bien, ¿qué acaece con los médicos que no poseen el título de especialista? A nuestro entender tienen derecho a colegiarse, a ejercer como médicos no especialistas y, por tanto, a figurar en una lista como tales, lista que por ahora no existe y no pueden ejercer habitualmente como especialistas, si bien pueden realizar cualquier acto profesional médico y, en consecuencia, pruebas periciales de cualquier naturaleza.

Aquí se plantea un caso singular dada la actual organización del ejercicio médico en España. Como es bien conocido desde tiempo inmemorial los médico se han venido clasificando en dos grupos: médicos generales y médicos especialistas; situación ésta que sigue vigente en los distintos países de la unión europea, si bien en el nuestro la figura de médico general en el terreno oficial prácticamente no existe a partir de la creación de los médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria, es decir, no existen nada más que médicos especialistas.

Como solución temporal al problema anterior el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció la habilitación para el ejercicio de las funciones de médico de Medicina General en el sistema nacional de salud, así como en los sistemas públicos de seguridad social de los demás estados miembros de las comunidades europeas a quienes reunieran determinados requisitos y se les extendió la certificación correspondiente (a más de 20.000). Precisamente para este grupo el Colegio de Madrid incluyó en su listado el grupo de **Médicos Generales, con el subtítulo «equivalentes a especialistas en medicina de familia y comunitaria»**.

Ahora bien, nada se dice que acaece con los licenciados en medicina posteriores al reconocimiento señalado de los médicos generales y para los cua-



les no existe epígrafe alguno a fin de incluirlos, si bien, repetimos, están facultados legalmente para la realización de toda clase de actos profesionales una vez que hayan sido colegiados. Habrá de crearse un apartado para ellos pues de lo contrario, mediante una disposición colegial, se les impediría ejercer un derecho que indudablemente poseen por reconocimiento de la ley.

El apartado j) añade otro requisito consistente *en aceptar la regulación de la actividad pericial médica de este Reglamento*, que tiene su fundamento en la potestad del Colegio de ordenar el ejercicio de la profesión y siendo una parte de ese ejercicio la actividad pericial tiene claras competencias para ordenarlo y, en sentido contrario, si no acepta cumplirlo parece lógico que no pueda actuar como perito médico.

Por último en la letra k) se exige otro requisito cual es presentar la solicitud de incorporación y abonar los gastos correspondientes.

Para elaborar y aprobar los listados la propia LEC dice que se incluirán los colegiados que estén dispuestos a actuar como peritos siendo una decisión voluntaria de los colegiados que dada su relevancia habrán de manifestarse por escrito, lo que justifica la exigencia de la solicitud.

Termina este artículo incluyendo a su vez como requisito abonar los gastos correspondientes y que tiene como justificación el que los colegiados-peritos hagan frente a los gastos que genera su actividad al Colegio para poder dar cumplimiento a las nuevas funciones que ha asumido y vienen detalladas en el artículo número 2.

Presentación de solicitudes, resolución y pérdida de la condición de perito

Estas cuestiones son claramente de procedimiento, con excepción de la pérdida de la condición de perito que constituye el contenido del artículo 7.

El artículo 4, establece unas normas de procedimiento en lo que se refiere a la presentación de solicitudes con el siguiente texto:

Artículo 4. Presentación de solicitudes

Las solicitudes de incorporación en la lista de peritos se formularán mediante escrito dirigido a la Junta Directiva del Colegio haciéndose constar en ellas el cumplimiento de los requisitos exigidos para la incorporación.

A esta solicitud se acompañará la documentación requerida en las mismas. Si la solicitud no reuniese los requisitos formales exigidos, se requerirá al interesado para que en el plazo de diez días subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos. No se dará curso a las solicitudes que no fueren objeto de subsanación.

Las solicitudes de incorporación a las listas de peritos se dirigirán a la Junta Directiva del Colegio en plazo y fechas que cada año se determine a partir de la convocatoria que a tal efecto se publica en la revista colegial y en la solicitud se hará constar que se reúnen todos los requisitos que aparecen en el artículo 3) y, a su vez se acompañará la documentación que señale la convocatoria. Si la solicitud va acompañada de la documentación completa y el colegiado reúne todos los requisitos mencionados continuará la tramitación del expediente, en caso contrario se requerirá al solicitante para que en el plazo de diez días, que son los que fija para estas situaciones la legislación



sobre el procedimiento administrativo común, complete o subsane la falta o los documentos preceptivos y en caso de incumplimiento no se dará curso a estas solicitudes.

Artículo 5. Resolución de las solicitudes

Las solicitudes de incorporación y renovación serán estudiadas y aprobadas por la Junta Directiva del Colegio, previa remisión a las sociedades científicas correspondientes y a la Comisión Deontológica de la corporación, debiendo motivarse las resoluciones de las solicitudes denegadas. En este último caso se notificará la desestimación al interesado, que tendrá expedita vía de los recursos que se prevén en los estatutos colegiales.

Las solicitudes tramitadas definitivamente serán resueltas por la Junta Directiva que es el más alto órgano deliberante y decisorio entre Asamblea y Asamblea. Antes de proceder la Junta Directiva a adoptar decisión alguna las remitirá, se entiende a efectos de informe, a la Comisión Deontológica del Colegio y a las respectivas sociedades científicas de la respectiva especialidad. Estos dos órganos consultivos del Colegio emiten un informe individualizado para cada solicitud que no es vinculante para la Junta Directiva. Dicho informe en los casos negativos deberá ser razonado, es decir, deberán señalarse y describirse claramente las causas de la denegación. La Junta Directiva previo estudio de cada expediente adoptará la decisión que proceda que, en los casos en que sea negativa deberá ser razonada, pudiendo en estos casos interponer los interesados los recursos que prevé la legislación del Colegio madrileño.

El artículo 6 se ocupa de la renovación de las listas de acuerdo con el contenido que transcribimos seguidamente:

Artículo 6. Renovación de las listas

Durante los meses de Octubre y Noviembre de cada año, en las fechas que determine la Junta Directiva, se procederá a la renovación de las listas de peritos, manteniendo incorporados en éstas a aquellos colegiados que, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 3, formen parte de las mismas.

Así mismo, se incorporarán, anualmente, en las listas renovadas a aquellos colegiados cuyas solicitudes sean aprobadas por la Junta Directiva.

Las listas de peritos médicos irán clasificadas por orden alfabético, según cada especialidad, haciéndose constar en ellas los datos facilitados por los peritos.

Las listas serán públicas y quedarán a disposición de cualquier organismo judicial que las solicite, procurando su distribución en organismos judiciales y asociaciones profesionales.

Los colegiados admitidos en las listas de peritos autorizarán expresamente al ICOMEM para que los datos profesionales proporcionados a éste puedan ser publicados en un directorio que comprenda la totalidad de los peritos inscritos en esta Corporación.

Durante los meses de octubre y noviembre de cada año se renovarán las listas de peritos, incluyendo en las nuevas listas: 1º a los anteriores que continúen reuniendo todos los requisitos del artículo 3) y 2º los nuevos admitidos.



Por tanto, se entiende que los incluidos en años anteriores no precisan presentar nueva solicitud.

Las listas definitivamente redactadas para el año siguiente aparecerán por orden alfabético de los colegiados y en lista independiente para cada especialización médica, de las 48 actualmente admitidas oficialmente en el caso de existencia de aspirantes para todas y cada una de ellas; posteriormente se procederá a trasladar dichas listas a los órganos judiciales correspondientes de la Comunidad de Madrid.

El número de componentes de cada lista depende del de solicitudes que reúnan todos los requisitos que, a nuestro entender, tienen derecho a figurar en las mismas sean muchos o pocos.

En las listas del año 2005 figuran alrededor de 300 colegiados en total distribuidos en el conjunto de casi todas las especialidades solicitadas, que son 46, luego la media por especialidad es de 6.5. Si tenemos en cuenta que el número de colegiados es de cerca de 30.000 y los colegiados-peritos son próximos a los 300, se deduce que solo el 1% de los colegiados figuran con carácter de peritos, creemos que son suficientes dado que en las especialidades en donde existe gran demanda de pruebas periciales figura un amplio número de médicos peritos.

Debe tenerse presente que tan numeroso y completo como el del Colegio de Madrid no existe en ninguna otra provincia, motivo éste por el que los colegiados del mismo son requeridos con carácter privado para realizar pruebas periciales fuera del territorio de Madrid, situación ésta amparada por la legislación colegial siempre, claro está, que el médico perito acepte.

Hemos visto anteriormente que las listas para el año próximo incluyen a los nuevos admitidos y a los anteriores que siguen cumpliendo los requisitos del artículo 3), es decir deben darse de baja aquellos que en el momento de confeccionarse ya no cumplan los requisitos en su totalidad lo cual viene recogido en el artículo 7) que está redactado como sigue:

Artículo 7. Pérdida de la condición de perito

La condición de perito judicial se perderá por:

- a) el incumplimiento de alguno de los requisitos señalados en el art. 3 de este reglamento*
- b) la expresa petición del propio interesado, realizada por escrito dirigido a la Junta Directiva del Colegio, antes de su renovación anual.*
- c) Inadecuación del comportamiento profesional a las normas básicas deontológicas del Colegio de Médicos.*
- d) La falta de ejecución, sin causa justificada, de los trabajos periciales asignados.*
- e) La conducta contraria al presente reglamento.*

Aparecen por tanto, cinco causas para dar de baja, para eliminar de la condición de perito a quién figure en las listas:

1º El incumplimiento de algún requisito conforme a nuevas situaciones profesionales: cesar como colegiado, incurrir en causa de incompatibilidad, etcétera.



2º La expresa petición del interesado dirigida por escrito a la Junta Directiva antes de la confección de las listas del año siguiente, por lo que se entiende que la baja ha de producirse al final de cada año, a no ser que exista causa justificada a juicio de la junta directiva durante el transcurso del año correspondiente.

3º Inadecuación del comportamiento del profesional a las normas básicas deontológicas del Colegio, es decir, a normas de relevancia, y se entiende previa apertura de expediente y con informe de la Comisión Deontológica, resolución que conlleve la inhabilitación o la pérdida de la condición de colegiado por resolución firme de la junta directiva.

4º Falta de ejecución de los trabajos periciales encomendados. La redacción en plural implica que esta falta de ejecución ha de ser reiterada y no justificada dado que no son infrecuentes los informes que implican el estudio de miles de documentos y su valoración y que justifican un periodo amplio de tiempo para su elaboración y todo ello a partir de la fecha en que pudo acceder el perito a la totalidad de las fuentes informativas.

5º Conducta contraria al presente Reglamento, lo que requiere reiteración e inequívoca y persistente actitud contraria a los fines de este Reglamento.

El artículo 8, trata de la notificación de la pérdida de condición de perito a los colegiados, que sigue en el texto que figura a continuación:

Artículo 8. Notificación de la pérdida de la condición de perito

La pérdida de la condición de perito, antes del periodo de renovación anual de las listas, será notificada, de forma expresa y motivada, al afectado.

Dicha decisión podrá ser impugnada por el interesado a través de los recursos previstos en los estatutos colegiales.

Durante la subsanación del correspondiente recurso el perito de encontrará en situación de suspensión de tal condición.

Esta suspensión o, en su caso, pérdida de la condición de perito será notificada, de forma inmediata, a los Juzgados y Tribunales de la Comunidad de Madrid.

Este precepto incluye tres partes bien diferenciadas:

1. la pérdida de la condición de perito será comunicad de forma expresa, es decir, en documento individualizado para ello y con la debida constancia de recepción del interesado.
2. motivada, de tal suerte que deben señalar los motivos o motivo concreto y sus pruebas en el expediente que ha de preceder a ello y
3. causa efecto inmediato, se recurra o no, lo que significa que en el intervalo de tiempo desde la resolución definitiva del Colegio hasta que se notifique la resolución del recurso el médico perito continúa en situación de suspenso, pierde la condición de perito en su totalidad no sólo el figurar en el listado sino además actuar como



colegiado-perito, lo que significa una inhabilitación parcial para el ejercicio de la profesión. Con independencia de ello el recurso sigue en tramitación hasta la resolución definitiva que agota la vía administrativa, quedando, por último la vía judicial.

Derechos y obligaciones

El artículo cuyo texto transcribimos seguidamente, de una manera sintética establece un verdadero código ético, aun partiendo de la realidad que esta síntesis ha significado en que muchos temas quedan en el olvido, y han sido omitidos, cuando a nuestro entender debería haberse aprovechado la ocasión para incluir en el contenido de este título algunas normas de carácter ético que podrían ser de gran utilidad para los colegiados peritos:

Artículo 9. Derechos y obligaciones de los peritos

El perito médico gozará, entre otros, de los siguientes derechos:

- a) a ser incluido en la lista de peritos del Colegio, con los datos facilitados y autorizados por el mismo.*
- b) Disfrutar de los servicios y medios de apoyo ofrecidos por el Colegio para el desarrollo de la actividad pericial médica.*
- c) Percibir los honorarios correspondientes a su intervención pericial.*

El perito médico tendrá las siguientes obligaciones:

- a) cumplir los Estatutos del Colegio, el Código de Ética y Deontología Médica y las normas de este reglamento.*
- b) Aceptar y desarrollar diligentemente los encargos periciales asignados, pudiendo únicamente eximirse de ellos si concurriere justa causa.*
- c) Notificar al Colegio los cambios de dirección y teléfono de contacto.*

Comprende tres apartados sobre derechos y otros tantos sobre obligaciones.

El primero de los derechos es ser incluido en la lista o listas de peritos del Colegio que le correspondan de acuerdo con sus titulaciones adicionando ello con los datos referentes al perito que autorice el Colegio. Este derecho, su ejercicio, da pie a conocer la existencia del perito y a ser llamado para peritar de acuerdo con las normas de la LEC, y, además el perito se beneficia de la difusión que de dichas listas realice el Colegio respetando las limitaciones que debe observar.

El segundo de los derechos reconocidos, esto es, utilizar y disfrutar de los servicios y medios de apoyo del Colegio para el desarrollo de la actividad pericial es de interés, de tal modo que la actuación Colegial puede potenciar las iniciativas del médico perito mediante el empleo de medios de difícil acceso individual por parte de aquél.

El tercero de los derechos, el percibir los honorarios correspondientes a su intervención pericial, de hecho viene recogido en el propio texto de la LEC cuando señala un plazo a los peritos para que exijan la consignación de honorarios, de tal suerte que si ello no se realiza queda exento de la obligación de realizar la prueba pericial. Además el colegiado puede beneficiarse



del asesoramiento colegial a la hora de fijar sus honorarios.

Queda a nuestro entender un cuarto apartado, el de ser representado y defendido por el Colegio ante la administración, Juzgados y Tribunales en su condición de perito médico y que tendría una gran proyección en el campo de facilitar medios materiales para llevar a cabo las exposiciones correctas de sus dictámenes ante los tribunales.

La segunda parte de este artículo, los deberes, con excepción del último, que es meramente material, facilitar la dirección y el teléfono imprescindibles para la debida diligencia en los trabajos, vienen a constituir un código de ética pericial en cuanto obliga a cumplir los Estatutos del Colegio, el Código de ética y Deontología Médica y las Normas del Colegio.

En consecuencia, se insiste sobre aspectos deontológicos, pero de una manera general, sin analizarlos, cuando debería haberse aprovechado la ocasión para extenderse en el campo de los deberes del perito de una manera detallada, de acuerdo con los tratadistas de la materia, muchos de ellos del campo médico-legal. La única excepción que marca es el apartado b) al referirse a la diligencia, quedando otros muchos en el olvido, lo que causa cierto asombro, como que las directrices y consejos deontológico en relación con los peritos formuladas por C. Simonin (10) no se hayan recogido de forma expresa.

Honorarios

El artículo 10 se ocupa de los honorarios o cantidad que cobran los profesionales por los trabajos, lo cual viene en el texto que sigue:

Artículo 10. Honorarios profesionales

La cuantía de los honorarios profesionales correspondientes al perito médico será libremente convenida entre el cliente que solicita la peritación y el perito. A falta de pacto expreso, el perito podrá tener en cuenta como referencia los criterios orientadores de honorarios profesionales elaborados por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

El perito designado judicialmente para calcular sus honorarios profesionales podrá, igualmente, tomar como referencia los citados criterios orientadores y detallar las experiencias referidas al respecto por su Colegio.

Parte de la idea de la libertad del perito para fijar sus honorarios, a la vez que indica el entendimiento con el cliente. De todas formas el perito puede seguir los criterios orientadores recomendados por el Colegio.

En todo caso el perito habrá de tener en consideración múltiples factores principalmente la dificultad y el nivel de conocimientos requerido para desarrollar la prueba, así como el tiempo dedicado a ello, sobre lo que ya insistió hace tiempo el médico legista español Royo-Villanova (11).

Finalmente, el artículo 11 señala que este Reglamento entró en vigor el día 17 de diciembre de 2004.

Artículo 11. Entrada en vigor

El presente reglamento entró en vigor el 17 de diciembre de 2004, el día siguiente de su aprobación por la Junta Directiva y se encuentra en la página web de la Corporación.



La aprobación la realizó la Junta Directiva del Colegio y su publicidad queda garantizada con la inserción en la Revista Médica y en la página web del Colegio.

A modo de conclusiones

A lo largo del estudio realizado en las páginas anteriores aparecen referidas diversas propuestas de modificación o de inclusión de ciertos aspectos que no figuran en la redacción oficial del texto y que el lector podrá conocer en cada caso. Las modificaciones más significativas que proponemos se refieren a los contenidos siguientes:

- a. Dar nueva redacción al último párrafo del artículo primero a fin de evitar la posible interpretación errónea.
- b. Redactar de nuevo el apartado b) del artículo 2 sobre figurar en activo como especialistas, de acuerdo con el contenido del texto.
- c. Recoger en un nuevo apartado el problema de los médicos sin título de especialistas, con la finalidad de incluirlos en un listado específico para los mismos.

Con independencia de lo precedente y como quiera que los colegios profesionales tienen como misión principal dictar normas deontológicas y exigir su cumplimiento, estimamos que las grandes directrices deontológicas que deben seguir siempre los peritos médicos deberían quedar incluidas en el reglamento, considerando que son las principales de ellas las siguientes:

1. Identificación del perito médico. Todo perito médico debe comenzar su actuación ante los pacientes identificándose como tal y señalando cuáles son sus finalidades.
2. El perito médico deberá continuar recabando el consentimiento a fin de llevar a cabo su tarea y solo en el caso de obtenerlo podrá iniciar su cometido.
3. En todas sus actuaciones se mantiene el deber del secreto profesional, debiéndose distinguir una serie de particularidades, siendo la fundamental señalar quién es el mandante o autoridad que encomienda la prueba pericial, sin que pueda pasarse información de ningún tipo a otras personas.
4. Como quiera que la prueba pericial médica puede extenderse a cualquier campo de la medicina el perito médico tiene obligación de señalar si tiene suficiente experiencia y preparación para llevar a cabo las tareas solicitadas o, por el contrario, debe rechazar la emisión del informe solicitado.
5. El informe que elabore el médico perito debe dar respuesta a la totalidad de las cuestiones planteadas, sin que le sea permitido describir hallazgos o cuestiones ajenos a la prueba pericial de los que haya tenido conocimiento en el transcurso de su realización.
6. A la hora de realizar sus trabajos debe esforzarse, cuando se trata de productos biológicos, en conservar parte de las muestras a fin de que pueda repetirse la prueba pericial por parte de otros.
7. El médico perito debe valerse de los datos que le suministren los pacientes y de la información que le sea oficialmente facilitada por el ór-



gano instructor, sin que pueda escuchar a testigos ni otras fuentes de información.

8. Al médico perito le está vedado utilizar procedimientos excepcionales: intimidación, sugestión, narcosis, etcétera.
9. Además de las incompatibilidades señaladas en el cuerpo del análisis realizado se considera incompatible ser perito en un asunto sobre el que se es o ha sido médico asistencial del mismo paciente. Todo médico perito ha de esforzarse por mantener el mayor nivel de imparcialidad a la hora de emitir sus dictámenes en los cuales ha de señalar, dentro de las posibilidades, el grado de fiabilidad de cada una de sus conclusiones y señalar de un modo explícito, con la humildad debida, el que no se ha podido o sabido resolver el problema planteado y sus causas.

Bibliografía

1. Esparza Leibar, I.: El Dictamen de Peritos en la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Tirant lo Blanch pag. 119. 2000.
2. Instrucción 5/2001 del Consejo General del Poder Judicial, de 19 de diciembre, sobre normas para la remisión de las listas de peritos.
3. Listados Oficiales de peritos de colegios profesionales de la Comunidad de Madrid 2005. Unión interprofesional. Comunidad de Madrid. Consejería de Justicia e Interior.
4. Martí Mingarro, L.: Introducción al libro Listados Oficiales de Peritos de Colegios Profesionales de la Comunidad de Madrid, pag.5. 2005
5. Devis Echandía, H.: Compendio de Derecho Procesal, t. II, ABC. Buenos Aires pag 16. 1969.
6. Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, pag. 49. 2000.
7. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.
8. Herranz, G.: Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eunsa. Pag. 10. 1992.
9. Code de Déontologie Médicale. Editions du Seuil. Octubre 1996.
10. Simonin, C.: Medicina Legal Judicial. Ed. Jins. pag. 15. Barcelona. 1962
11. Royo - Villanova Morales, R.: Lecciones de Medicina Legal. Marbán editor. Tomo II pag.10. Madrid. 1954



XI Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense

Prof. Vicente Moya Pueyo

Durante los días 15 y 16 del pasado mes de septiembre, tal como estaba anunciado para cumplir la periodicidad establecida para estas Jornadas, se celebraron en la sede de la Facultad de Medicina de Oviedo, concretamente en el edificio de la antigua Escuela de Estomatología y en las que participaron alrededor de ochenta socios e invitados en el transcurso de los diversos actos programados.

El presidente de este encuentro y de su Comité Organizador fue el profesor Hinojal Fonseca, catedrático de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de Oviedo, que estableció una programación detallada de las distintas actividades, todas las cuales tuvieron lugar en la sede citada o en sus inmediaciones lo que facilitó tanto los actos científicos como el programa de actos sociales.

Con el transcurso de los días tuvieron lugar cuatro mesas redondas y una extensa exposición de posters, bien de carácter libre, bien relacionados con el contenido de las cuatro mesas.

La primera mesa, que se celebró el día 15 por la tarde, tuvo por título «Problemas médico legales de los accidentes de tráfico» y fue presidida por el profesor Villanueva Cañadas, catedrático de la Universidad de Granada, al que acompañaban el profesor Hinojal Fonseca y el magistrado de la Audiencia Provincial de Asturias, don Bernardo Donapetry Camacho. Tras la presentación y señalamiento de los objetivos, el profesor Villanueva hizo una amplia exposición del gran problema que representan estos accidentes para el médico legista, su situación actual y hasta dónde puede contribuir su actuación en la solución de los problemas legales que se plantean y de cuya exposición todos aprendimos mucho.

El profesor Hinojal, valiéndose de una amplio apoyo de diapositivas y láminas transparentes, concretó varias cuestiones, como las de las lesiones en cada tipo de accidentes, el gran tema del alcohol como factor relacionado con los accidentes así como la identificación en estos casos y en sus distintas facetas.

El magistrado señor Donapetry hizo una exposición desde la óptica jurídica y de un modo concreto delimitó el papel del médico forense en estos casos.

La segunda mesa se celebró el día 16, con la que se iniciaron los trabajos. Esta mesa estuvo constituida, además del profesor Hinojal, por los profesores Luna Maldonado, catedrático de la Universidad de Murcia, el doctor Cardona Llorens, profesor titular de la Universidad Miguel Hernández y el profesor Frontela Carreras, catedrático de la Universidad de Sevilla. El tema objeto de estudio fue «Problemas médico-legales de la muerte por asfixia», analizando sus intervinientes los cuadros lesivos, los estudios histológicos, las situaciones que plantean los distintos problemas y los últimos recursos empleados para delimitar el diagnóstico.

La tercera mesa redonda se desarrolló bajo el título «Documentación médica y derechos de los pacientes» y estuvo integrada por el profesor Moya Pueyo, catedrático emérito de la Universidad Complutense de Madrid, el doctor Eduardo Murcia Saiz, profesor titular de la Universidad de Valencia y la doctora Criado del Río, de la Universidad de Zaragoza. El profesor Murcia



realizó una exposición sobre el estado actual del tema de consentimiento informado, la profesora Criado sobre los problemas de la Historia Clínica como documentos y, por último, el profesor Moya elaboró una síntesis y conclusiones de tan actual tema.

Por la tarde, en la cuarta mesa sobre «Problemas médico-legales sobre la violencia» actuó como presidente la profesora Castellano Arroyo, catedrática de la Universidad de Granada, la doctora Begoña Martínez Jarreta, profesora titular de la Universidad de Zaragoza y el profesor Ángel Rodríguez Getino, profesor titular de la Universidad de Oviedo. La profesora Castellano expuso sus actuales trabajos sobre las causas, valoración y tratamiento de la violencia, trabajo de verdadero interés en nuestro medio, a la vez que Martínez jarreta y Rodríguez Getino, abordaron temas singulares con exposición amplia de casuística.

Con las Jornadas se incluyó una amplia exposición de posters, alrededor de sesenta, sobre los más diversos temas con amplia información gráfica de figuras originales, esquemas, exámenes histológicos y datos estadísticos sobre cuyo contenido concreto no podemos entrar dado su elevado número.

En los diversos actos tuvimos ocasión de saludar, además de a los profesores antes citados, a los provenientes de la Universidad Complutense de Madrid: al profesor Sánchez, nuevo director de la Escuela de Medicina legal y Forense; al profesor Perea, nuevo secretario de la misma; a la profesora Anadón, directora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria; al profesor Borobia, nuevo director de la Escuela de Medicina del Trabajo; y a los profesores Villalain Blanco y Ramos Almazán, y a la doctora Moya Rueda.

Como resumen podemos señalar que estas Jornadas han constituido un verdadero éxito en el plano científico y en sus aspectos organizativos y sociales y han contribuido a su vez como fuente de intercambio de ideas y de mejor conocimiento personal de los médicos legistas españoles, sirviendo de plataforma para estrechar la fraternidad y ayuda de todos, lo que vino a constituir uno de los objetivos de estas Jornadas según señaló, cuando se instituyeron por el gran maestro de la Medicina Legal española, profesor Gisbert Calabuig, hace ya más de veinte años, en los alrededores de la ciudad de Valencia, en cuya ocasión se sentaron las bases de la Sociedad, la periodicidad de sus reuniones y el resto de sus objetivos.

Por todo ello y por las enseñanzas que todos recibimos de don Juan Antonio Gisbert, queremos ahora reiterarle nuestro reconocimiento como el gran médico legista español del siglo XX y como impulsor de su enseñanza de la que todos tanto aprendimos.



Asamblea General de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense

Prof. Vicente Moya Pueyo

El día 16 de septiembre de 2005, a las veinte horas, una vez concluidas las XI Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense dio comienzo la preceptiva Asamblea bianual bajo la presidencia de doña María Castellano Arroyo y los demás miembros de la Junta Directiva, así como de numerosos socios.

Tras la aprobación del acta correspondiente a la Sesión anterior la presidenta emitió un informe en donde señaló la importancia alcanzada por la exposición FISALUD en la que participó ampliamente la Sociedad, hizo hincapié en la necesidad de estrechar las relaciones con la corporación médico forense y detalló la situación por la que pasa la especialización en Medicina Legal y Forense, señalando a su vez los escritos que se habían dirigido a diversos organismos en petición de soluciones a las cuestiones que se plantearon.

Seguidamente, por la señora secretaria general se informó sobre la marcha administrativa de la Sociedad, leyó las peticiones de admisión de nuevos socios, que fueron aprobadas, y señaló que el número de socios cotizantes pasa en la actualidad de ciento sesenta con los que ahora se incorporan. Seguidamente dio cuenta sobre el contenido de diversos escritos de la Secretaría fundamentalmente de trámite.

A continuación, el tesorero, profesor Borobia, se refirió a la situación de ingresos y gastos, siendo el saldo positivo y pidió que aprobasen las cuentas correspondientes al periodo entre la anterior Asamblea y la presente, que fueron aprobadas sin ningún reparo.

Posteriormente se entró en la designación de la sede de las XII Jornadas acordándose que se celebren en la ciudad de Pamplona a cuyo fin se establecerán los contactos pertinentes.

Por último, se entró en el tema de la renovación de la Junta Directiva y, tras la intervención de diversos socios, se adoptó el acuerdo de nombrar:

1. Presidente, a don Aurelio Luna Maldonado, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Murcia.
2. Vicepresidente, a don Rafael Hinojal Fonseca, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Oviedo.
3. Secretario, a don Luis Frontela Carreras, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Sevilla
4. Tesorero a doña María Castellano Arroyo, catedrática de Medicina Legal de la Universidad de Granada.

La señora presidenta dio las gracias a todos los asistentes por el apoyo y colaboración recibidos en todo momento y acto seguido se levantó la sesión.

NORMAS PARA LOS AUTORES DE COLABORACIONES

Basadas en las «normas uniformes para los originales enviados a las revistas biomédicas», redactadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

REVISTA DE LA ESCUELA DE MEDICINA LEGAL

(REML) es una revista de educación continuada que persigue informar y formar a los profesionales de la Medicina Legal y Forense, sobre los aspectos más actuales de esta disciplina. Por ello publica artículos de revisión y actualización sobre los más variados aspectos de las distintas áreas de la Medicina Legal y Forense. La información y contenido de sus distintas secciones se fundamentará en estudios serios y objetivos y se apoyará siempre en el más completo rigor científico. Se publicará en texto escrito y en formato digital. Todas sus secciones se editarán en lengua castellana, pero existe la posibilidad, si el autor o autora del artículo así lo indica, de publicarlo en cualquier otro idioma en la versión digital; para ello el autor debe enviar el manuscrito traducido y responsabilizarse de dicha traducción.

Los trabajos deben ser inéditos y no estar en fase de publicación, o haberse publicado, en ninguna otra revista. Se redactarán siguiendo las instrucciones a los autores que se describen más abajo y se remitirán en papel y soporte digital (diskette, cd, o cualquier otro soporte) a:

Dr. D. José Antonio Sánchez Sánchez

Escuela de Medicina Legal
Facultad de Medicina
Universidad Complutense
28040 Madrid

Los manuscritos se acompañarán de una carta en la que se especificará que el trabajo no ha sido publicado, ni está en fase de publicación, en ninguna otra revista.

Los trabajos deben atenerse a las secciones de la revista, ajustarse en su confección a las normas dadas más abajo y redactarse en forma clara y concisa. Una vez aceptados, quedan como propiedad de los editores y no podrán ser reimpresos si autorización de los mismos. Asimismo, los editores se reservan el derecho de realizar los cambios necesarios para conseguir una mayor homogeneidad en lo referente a la corrección, expresión y claridad idiomática de los mismos.

La Redacción acusará recibo de los originales. En el plazo más breve posible comunicará a sus autores la aceptación o no del trabajo, la fecha aproximada de su publicación y la sugerencia de posibles modificaciones. La responsabilidad del contenido de los trabajos recaerá exclusivamente sobre los autores que los firman.

Artículos originales

Portada: Contendrá el título del trabajo en letras mayúsculas, iniciales del nombre de cada autor seguidas del o de los apellidos; departamento, servicio y centro en el que se ha realizado.

Nombre y dirección del responsable de la correspondencia, indicando asimismo el e-mail.

Texto: El texto del trabajo debe iniciarse en hojas aparte y redactarse siguiendo la siguiente secuencia: introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones.

Resumen: Se iniciará su redacción en hoja aparte y su extensión no será superior a las 200 palabras. El resumen debe de constar de las siguientes partes: propósito de la investigación, precedentes básicos, hallazgos y conclusiones principales.

Palabras clave: de 5 a 10. Deben usarse los términos de la lista de términos médicos del Index Medicus. La lista puede obtenerse en la siguiente dirección <http://www.nlm.nih.gov> Si no hay un término adecuado en una lista se utilizará un término actual.

Iconografía: Las tablas, figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas, fotografías, etc., deben numerarse con números ordinales, utilizando, tanto en el texto como en su título, la palabra completa «sin abreviaturas» (V.G.: tabla 1, figura 3). Se enviarán los originales y no fotocopia. Las tablas llevarán su título (a continuación del número correspondiente) en su parte superior. Las figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas y fotografías portarán su título a continuación del número correspondiente en su parte inferior. Cada uno de estos materiales iconográficos se remitirá en una hoja independiente, así como en formato digital (jpeg, tif).

La publicación en papel será en blanco y negro, admitiéndose en la publicación digital el color. El número de fotografías que se publicarán en la edición en papel de la revista queda a decisión de los editores, publicándose en su totalidad en la versión digital.

Ética

Cuando se informe experimentos realizados en seres humanos hay que incidir si están de acuerdo con las normas éticas del comité responsable y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y Convenio de Oviedo de 2000. No deben identificarse nombre de los pacientes, iniciales y los números de la historia. Hay que garantizar el anonimato y en caso de duda obtener el Consentimiento Informado del paciente por escrito.

Requisitos técnicos para el manuscrito

Letra: arial 12

Doble espacio

Seguir la secuencia: portada, resumen, palabras clave, texto, agradecimientos, referencias, cuadros (cada uno en página aparte), leyendas.

Ilustraciones: fotografías sin montar.

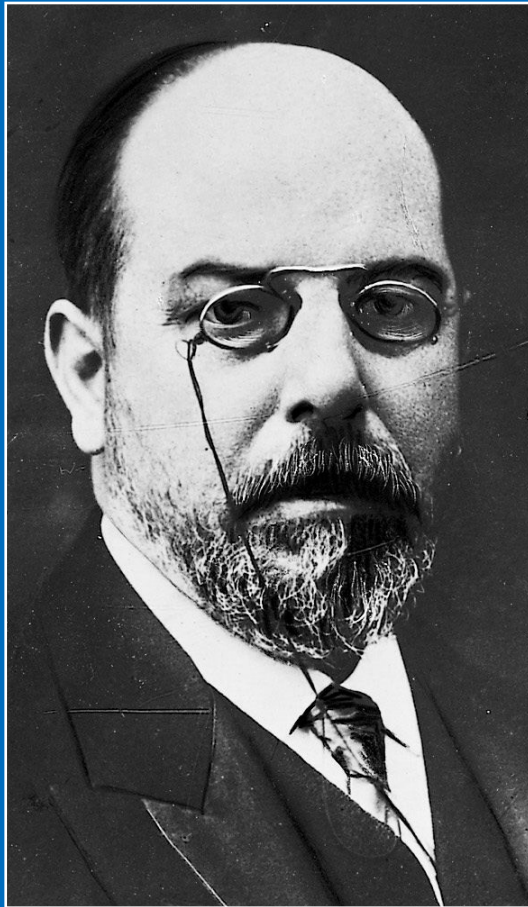
Máximo: 15 páginas

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben numerarse consecutivamente en el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Se identificarán las referencias en el texto, las tablas y los epígrafes mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan únicamente en las tablas o epígrafes de figuras deben numerarse según la secuencia establecida por la primera identificación en el texto de la tabla o figura concreta de que se trate.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que se indican a continuación, que se basa en los formatos empleados por la U.S. National Library of Medicine (NLM) en Index Medicus. Los títulos de las revistas deben abreviarse según el estilo utilizado en Index Medicus. Consúltense la List of Journals Indexed in Index Medicus que se publica anualmente como publicación separada de la biblioteca y en una lista incluida en el número de enero de Index Medicus. La relación puede obtenerse también a través de la web de la biblioteca en: <http://www.nlm.nih.gov>

En caso de duda para referencias utilizar las normas publicadas en: **Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación de revistas biomédicas**. Existen varias webs que incluyen actualmente este documento. Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de uniformidad» es preciso asegurarse de citar una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posterior.



Tomás Maestre Pérez
fundador de la Escuela de Medicina Legal