

Revista Española de Medicina Legal

Desde 1974, publicación oficial de la Asociación Nacional de Médicos Forenses al servicio de la Medicina Legal Iberoamericana y las Ciencias Forenses
AÑO (Volumen) XXIII - Núm. 86-87 **Enero-Julio, 1.999**

COMITÉ EDITORIAL

GREGORIO ARROYO URIETA	MARÍA CASTELLANO ARROYO
JOSÉ CASTILLA GONZALO	LUIS CONCHEIRO CARRO
GABRIEL FONT RIERA	JOSÉ ANTONIO GARCÍA-ANDRADE
RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO LÓPEZ	FRANCESCO INTRONA
AURELIO LUNA MALDONADO	JUAN BAUTISTA MARTÍ LLORET
PELEGRÍN MARTÍNEZ BAZA	VICENTE MOYA PUEYO
ANTONIO PIGA RIVERO	MANUEL REPETTO JIMÉNEZ
JOSÉ LUIS ROMERO PALANCO	GABRIEL SOLER ROCA
DOUGLAS H. UBELAKER	JOSÉ DELFÍN VILLALAÍN BLANCO
ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS	

Directora:

Carmen Baladía Olmedo

Comité de Redacción:

Raquel Barrero Alba, Guillermo Calle Cebrecos, José Antonio Coello Carrero (Editor de la versión electrónica), Emilio Donat Laporta, Enrique Fernández Rodríguez, Rosa María Martín Hernández, Leopoldo Ortega-Monasterio y Gastón, Francisco Javier Pera Bajo, José Roselló Baldó (Editor), Manuel Ruíz Cervigón, María Luisa Tomás Buisán.

Corresponsales extranjeros:

Carlos Abarca Barrantes (Costa Rica), Maria Cristina de Mendonça (Portugal), Hugo Rodríguez Almada (Uruguay).

IME / Índice Médico Español; ISOC / Bibliografía Española de Revistas Científicas de CC Sociales y Humanidades; EMBASE / Excerpta Medica; The Ulrich's Periodicals Directory.

Redacción:

Goya, 99, Esc. D, 1º Derecha.
28009 - Madrid (España)

Teléfono: 915 75 65 28

URL: <http://www.arrakis.es/~anmf>

Correo electrónico: anmf@arrakis.es
remle@arrakis.es

Edita:

Asociación Nacional de Médicos Forenses

Imprime:

GRÁFICAS GARME
Paseo Muñoz Grandes, 22.
28025 - Madrid (España)

ISSN: 0377-4732

CODEN: REMLE8

Depósito legal: M. 31.402-1974

SUMARIO

Verba volant; scripta manent

Comienzo y actualidad (en 1951) de la trayectoria corporativa Médico-forense. [Initial and contemporary role (in 1951) of the Officials of the Forensic Physicians of the Justice Ministry in Spain.] [Início e actualidade (em 1951) do percurso corporativo médico-forense.] Manuel Pérez de Petinto.	5
Suicidio combinado: a propósito de un caso. [Complex suicide: a case report.] [Suicídio misto: a propósito de um caso.] Fernando Moreno, José Galván, Jose Antonio Sánchez.	44
Muerte súbita de origen cardiaco en la edad pediátrica. [Cardiac sudden death in infancy-childhood and adolescences.] [Morte súbita de origem cardíaca na infância.] Beatriz Aguilera.	49
Activación emocional y memoria de los testigos presenciales. [Emotional activation and eyewitness memory.] [Aactivação emocional e as declarações das testemunhas presenciais.] Izaskun Ibabe.	56
Notas suicidas. [Suicide notes.] [Cartas suicidas.] Fernando Rodes, Carlos Enrique Monera, Salvador Giner, Juan Bautista Martí.	66
La autopsia psicológica en las muertes violentas. [The psychological autopsy in violent deaths.] [A autópsia psicológica nas mortes violentas.] Teresita García.	75
CORRESPONDENCIA [Letters] Data de la muerte y momificación. Adolfo Scatena.	83
Sarcophaga haemorrhoidalis. Concepción Magaña.	84
PROFESIÓN: Una alerta en África. Antonio García.	86
Sobre la forma y contenido del dictamen pericial en el Proceso laboral. Sentencias del Tribunal Supremo.	87
Recomendación N° (99) 3 del Consejo de Ministros de los estados miembros para la armonización metodológica de las autopsias medicolegales. Consejo de Europa. (traducción no oficial)	90
PUBLICACIONES RECIBIDAS [Publications received]	104
EVENTOS	114
DIRECTORIO DE ASOCIACIONES MÉDICO LEGALES	115

Comienzo y actualidad (en 1951) de la trayectoria corporativa Médico-forense.

[Initial and contemporary role (in 1951) of the Officials of the Forensic Physicians of the Justice Ministry in Spain.]

[Início e actualidade (em 1951) do percurso corporativo médico-forense.]

Manuel Pérez de Petinto y Bertomeu

Médico Forense. Profesor en las Escuelas Judicial y de Medicina Legal. Director de la Clínica Médico Forense de Madrid (1952).

Reimpresión: Pérez de Petinto y Bertomeu M. Comienzo y actualidad de la trayectoria corporativa Médico-forense. Revista de Medicina Legal 1952; 68-69:29-102. Que es lo mismo que Anales de la Clínica Médico Forense de Madrid 1952; I: 29-102.

Pérez de Petinto y Bertomeu M. Comienzo y actualidad (en 1952) de la trayectoria corporativa Médico forense. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII(86-87): 5-43.

RESUMEN: Análisis histórico exponiendo las regulaciones legales y particularidades en la creación y puesta en marcha del Servicio Médico Forense Español durante el Siglo XIX, reproduciendo la normativa e informes de su situación. Desglose de las actuaciones Médico Forenses en 1952.

PALABRAS CLAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, Historia, Leyes, Normativa, Estadísticas.

RESUMO: Análise histórica descrevendo as regulamentações legais e as particularidades da criação e aplicação do Serviço Médico-Forense Espanhol ao longo do século XIX, transcrevendo a normativa e os relatórios respectivos. Descrição das acções médico-forenses em 1952.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, História, Legislação, Normativas, Estatísticas.

ABSTRACT: Historic analysis revealing legal regulations and details in the creation and practical application of the Spanish Forensic Medical Service during the XIXth century, transcribing their respective rules and reports. Description of forensic medicine activities in 1952.

KEY-WORDS: Legal Medicine, Forensic Medicine, History, Laws, Rules, Statistics.

Hallar un dato que se investiga, ¿sabe Dios desde cuándo!, es noble recompensa a la perseverancia, como expresión del feliz aprovechamiento de breves tiempos disponibles, entre el obligado quehacer de cada día.

Referir al investigador cuándo se emplea el conocimiento que encontró es cumplir con el más sano, justo y merecido tributo entre espíritus igualmente selectos. Y con ventaja, para los demás, por su ejemplaridad y estímulo.

A la inversa, el consciente silencio nominativo, si no encubre pretendida injuria, puede tener concomitancias de estafa.

Al fin, en el más allá verdadero, sólo han de persistir los nombres de mayor alcornia, por el éxito de su trabajo inteligente. Y, con paradoja, sin que vulgarmente se sepa ya por qué. A la par que los más trascendentales descubrimientos llegan a ser, en su común disfrute, del inédito patrimonio de la Humanidad.

Honrar a los padres es mandamiento de Dios. También lo es hacerlo de quienes, por sus desvelos, afanes y sabios sacrificios, nos legaron un patrimonio, intelectual y de conducta, constituyendo la más noble y honrosa tradición corporativa, que tanto nos enaltece como nos obliga.

PRECEDENTES

Era en 1832 cuando Pedro Miguel de Peiró, bueno como aragonés y doctor en leyes con su paisano José Rodrigo, doctor en Medicina y Cirugía, inician la fusión más eficaz del Derecho en la Medicina y de la Medicina en el Derecho, editando en Zaragoza, en la imprenta de Mariano Peiró, singular Tratado que denominan *Elementos de Medicina y Cirugía Legal*. Su realización se cumplió, “a pesar de los desastrosos efectos de la guerra civil”.

Con no ser ello poco, merecen, además, la primicia, entre los libros españoles de su especie, por su unidad de materia independiente. No como un apéndice o ampliación de conocimientos, especialmente quirúrgicos, de anteriores maestros; quienes, en realidad, son los antecesores de sabias advertencias experimentadas; y en España los tenemos de primera clase.

El texto de Peiró-Rodrigo se adopta en las Universidades y en los Colegios de Cirugía. Peiró llega a explicar, como profesor de mérito, en la Academia Matritense de Jurisprudencia y Legislación, adaptando los conocimientos, universales y propios, a nuestras normas de codificación, con abandono de textos extraños; casi hasta entonces los únicos en las manos de los estudiosos. Y se les agotan las sucesivas ediciones de los años 1839, 1841 y 1844; claro exponente de su interés y aplicación.

Políticamente, en este año de 1832, Fernando VII deja abolida la ley Sálica.

El general don Baldomero Espartero se declara defensor de los derechos posesorios a favor de Isabel. Comienza entre nosotros un movimiento calamitoso, por la división entre carlistas e isabelinos, que llegaría a la guerra civil, de siete años, desde 1832 a 1839.

En un informe al Gobierno, el 24 de enero de 1836, por la Comisión regia nombrada para redactar un proyecto sobre arreglo de los diversos ramos de la Ciencia de curar, siendo ponentes los ilustres jurisconsultos don Antonio Cano Miguel y don José María Calatrava, se expone: “Poca duda hay de que entre los servicios que los médicos prestan al Estado ninguno excede en importancia y trascendencia al de ilustrar a los Tribunales, cuando es indispensable el auxilio de la Medicina para administrar rectamente justicia. El Estado tiene, por tanto, el más sagrado deber

de procurar, con exquisito cuidado, que este servicio se haga con la mayor perfección posible, lo que no se conseguirá sin tomar las medidas necesarias:

1.^a Para que haya profesores a quienes puedan los Tribunales confiar el desempeño del servicio con seguridad o, al menos, con gran probabilidad de acierto.

2.^a Para que tengan los profesores, empleados en él, cuantos medios sean precisos, a fin de desempeñar cumplidamente su encargo.

En la actualidad, los jueces emplean a cualquier profesor, casi siempre sin la menor seguridad de su aptitud. No siendo, a la verdad, posible tenerla sino en casos muy raros, porque el servicio médico legal exige, para hacerse debidamente, grandes conocimientos especiales. Y no habiendo entrado nunca la adquisición de estos conocimientos en los estudios que se hacen en las escuelas, ni aun para obtener el grado de doctor, sino de un modo muy superficial respecto a parte de ellos, y de ningún modo a los demás, resulta que puede un profesor tener este título con mucha instrucción, en la parte puramente médica de la Ciencia, y poquísima en sus aplicaciones a la legislación criminal.

Esta falta, que es gravísima, debe remediarse dando mucha importancia, en el plan de estudios, a la Medicina Legal. Tomando entretanto disposiciones eficaces para estimular a los médicos a dedicarse particularmente a ella, con toda intensidad.

Este último medio es de urgente necesidad, pero lo es mucho más aún que el Ministerio de Gracia y Justicia organice el servicio médico legal de la manera que los jueces puedan proporcionar, a los médicos que hayan de hacerlo, cuantos medios materiales les sean precisos para desempeñarlo, cual corresponde en todos los casos.

El expediente que motiva este informe es una prueba de los males que causa la falta completa de organización del servicio médico legal. Y poca duda cabe de lo que muy a menudo debe suceder, como en este caso, que por no tener los jueces medios de proporcionar a los profesores cuanto sea necesario para hacer el servicio, le hagan incompletamente y se oscurezca la verdad, en vez de ponerse en claro los hechos.

Por otra parte, si un profesor exige al juez los medios de cumplir con la misión que le ha dado, o hay que proporcionárselos o no puede hacerse cargo alguno del modo de desempeñarla; por ninguna razón de equidad o de justicia debe obligarse a nadie a que emplee gratuitamente, en beneficio público, sus conocimientos y sus esfuerzos, poniendo, además de su cuenta, los medios precisos para ello.

No debe suponerse que los profesores posean los medios que necesitan para muchos casos del servicio médico legal; la estrechez con que vive la generalidad de ellos apenas les permite tener los relativos a su profesión, sin más que los absolutamente necesarios para el ejercicio ordinario de ella.

Preciso es, por tanto, que el Ministerio de Gracia y Justicia arregle pronto y completamente aquel servicio para evitar los perjuicios que ha sufrido y sufre la recta administración de Justicia.

En 1839 se contienen los días del calificado *año de la Paz*. El abrazo de Vergara, entre los generales Maroto y Espartero, fue un broche de cordialidad. Al último había de distinguírsele con el ducado de la Victoria por Isabel II y con el principado de Vergara por Amadeo. Pero a cuyo pesar, por una y otra vez, ya retirado en Logroño, respondía a los requerimientos políticos con el “cúmplase la voluntad nacional”. Así como no dudó, en 1808, a sus quince años, alistándose en el “Batallón sagrado de estudiantes”. Y se puso término a la lucha fratricida, con sus momentos de sublimes atrocidades, como es peculiar al temple de la raza. Cedió don Carlos a favor de su sobrina Isabel, niña de nueve años.

En noviembre de 1843 se proclama Reina Isabel II, al cumplirse su mayoría de edad.

Y en este mismo año de 1843 nace la *Cátedra de Medicina Legal y Toxicología*, en la Universidad Central. Iba a demostrar el acierto de su creación, al tiempo que haría su nombre impercedero, Pedro Mata y Fontanet. Tenía treinta y dos años.

Como político fue diputado a Cortes, por Barcelona. Secretario del Congreso, por su inteligente juventud, en 1842; bajo la presidencia de Olózaga. Y senador.

Por su preparación y situación influyente se le designa para redactar el *Plan de estudios médicos*. Como originalidad incluye como asignatura independiente a la *Medicina Legal*. Fué su primer titular indiscutible y, por tanto, catedrático del Claustro de la Facultad de Medicina de Madrid, llegando a ser su decano.

Redacta su *Tratado de Medicina y Cirugía legal con un compendio de Toxicología*, que fué premiado, por informe del Colegio de Instrucción Pública. La obra tuvo copiosas ediciones. La sexta se debió a los Médicos forenses de Madrid

Lorenzo Caparrós y Alonso Martínez, quienes la pusieron al día en su contenido científico. Generoso esfuerzo “a su memoria y en testimonio de respeto, admiración y cariño” al maestro. Caparrós se ocupó de la Medicina Legal, y Alonso Martínez se dedicó, intensamente todo un verano, a la Toxicología, con previos viajes de estudio a París.

En Barcelona ocupa la cátedra R. Ferrer y Garcés, quien pronto publicó un *Tratado de Medicina Legal*, que también había de ser declarado de texto por el Consejo de Instrucción Pública. Y se había llegado a estimar la necesidad de instruir *expediente para reglamentar el pago de honorarios a los facultativos por los trabajos a que se les requiere por las Autoridades judiciales* [Real Orden de 31 de julio de 1841], *nombrando una Comisión para llevarlo a término* [10 de diciembre de 1842]. *Pero hasta el 13 de septiembre de 1845 no comienzan los trabajos*, precisando que el mismo general Castañón, duque de Bailén, ordene la convocatoria, significando “el designio de ver realizado cuanto antes el proyecto referido”.

En 4 de julio de 1851, el Decano de Jueces de Madrid elevó al Gobierno una exposición (que aún forma parte del proyecto anterior, sobre el arreglo de médicos requeridos por los Tribunales) y en la que expone lo importantísima e indispensable que es la Química para la instrucción de muchas causas, sin cuyo auxilio sería imposible la averiguación de muchos delitos, quejándose se hallen los Juzgados sin profesores para estos trabajos, a pesar de haber tantos en los Establecimientos públicos. Antiguamente se hacía este Servicio por turno, entre los profesores de Farmacia, pero después se negaban a ello, con achaque de tener que dedicarse a la enseñanza. Y huyendo de este trabajo todos, había que hacer nombramientos particulares que no siempre llenaban el objeto y pedían reactivos y aparatos, que ni ellos tenían ni los Juzgados podían dar, imposibilitándose, o cuando menos entorpeciendo, la Administración de Justicia.

Que, en cuanto a la Medicina legal, si bien no carecían del todo, de este elemento tan importante para la administración de Justicia, estaban muy lejos de poseerle con la perfección y decoro que debieran. Faltaban locales donde depositar los muertos, útiles para practicar las autopsias y profesores de ciencia y probidad que estuviesen prontos a su llamamiento.

Sólo por favor se permitía, alguna vez, entrar en el Colegio de San Carlos; pero se les negaba todo útil y hasta la cooperación de un mozo para la remoción del cadáver. Faltan los útiles precisos, hasta la mesa y agua para los profesores, quienes reclaman con frecuencia medios. Se tienen que vencer numerosas dificultades para reunir facultativos de regular nota. Y se aumentan para la asistencia de heridos, eludiendo aquéllos su presencia y reclamando un turno de requerimientos. Todo lo cual se ve obligado a manifestar al Gobierno de Su Majestad.

El 20 de diciembre de 1851, Isabel II, cuya boda con su primo don Francisco de Asís tuvo lugar el 10 de octubre de 1846, dio a luz a María Isabel.

El 2 de febrero de 1852, a los cuarenta y tres días, cumplida "la cuarentena", la Reina acude a la Real Capilla para oír misa. Cerca del salón de columnas se adelanta un Sacerdote entre la gente y, rodilla en tierra, con ademán de entregar un memorial con la mano izquierda, cuando la Reina se inclina a recogerlo, con rápida agresión de su mano derecha, descarga un puñal en el costado de Su Majestad, quien resulta defendida providencialmente por una ballena de su corsé.

Merino, de sesenta años, es condenado a garrote y el 7 de febrero de 1852 cúmplase la pena.

En 1 de noviembre de 1852, Mateo Seoane Sobral, médico en Valladolid y profesor Auxiliar de la Facultad, de sesenta y un años, antiguo diputado que no dejó de intervenir en las cuestiones de profesión que ocuparan la atención de la Cámara (merece recordarse que a su propuesta se creó el Cuerpo de Sanidad Militar), propone, como Consejero de Instrucción Pública, nuevo plan de reorganización de estudios médicos.

Y sostenía que no era justa la autorización a los Jueces para obligar a los facultativos a realizar estudios médico-legales, con la carga de responsabilidad de actos, que acaso resuelvan sin conocimientos suficientes para ello. No es tampoco justa esta exigencia, ni respecto a licenciados y doctores, pues hasta hace pocos años el Estado les ha dado facultades y título para curar, pero sin los conocimientos de Medicina legal, que no se han exigido hasta después. Es de notar que el primer Reglamento que dio Gracia y Justicia de plan de estudios, cuando se le incorporó la Instrucción Pública, fué el que más restringió la enseñanza de la Medicina legal.

Inútiles serán cuantas determinaciones se tomen con el objeto de remediar el mal estado del Servicio Médico-Químico-legal mientras no se cambie enteramente tan anómalo sistema.

Concluyendo: el desempeño del Servicio referido en los establecimientos de Instrucción Pública, cual se ejecuta en el día, es perjudicial a la enseñanza porque interrumpe el orden de las lecciones, distrayendo a los profesores y a los fondos económicos de la instrucción.

En atención a no poderse ocupar los establecimientos de instrucción, ni los de beneficencia, y además de semejantes trabajos, sin perjudicar los propios intereses; y necesitando, cada día más, la Administración de Justicia de los buenos y prontos auxilios de la Medicina y de la Química, es preciso tengan los Tribunales a su disposición todos los medios indispensables para ello.

El método actual, compulsivo para todos los profesores, y en especial para los que gozan sueldo del Estado, es perjudicial: porque imposibilita, sobre todo a éstos, de cumplir con los deberes específicos de sus destinos; porque supone en todos conocimientos suficientes cuando muchos no los tienen, ni los han necesitado para adquirir su título, y a otros no se les han dado estos conocimientos; porque no ofreciendo dichos trabajos sino quehacer y gastos, responsabilidad y exposición sin recompensa, ahuyenta el gusto para ellos; porque no existen distinciones suficientes para que los Jueces puedan tener el acierto de escoger a los profesores aptos por todos estilos.

Debe cambiarse el método hasta hoy seguido, para que produzca lo que en las demás naciones de Europa, necesitándose:

1.º Que los Tribunales tengan profesores probos, celosos e inteligentes para el desempeño de estos trabajos.

2.º Que se cultiven los estudios teóricos y prácticos por profesores de aptitud, con conocimientos auxiliares y elementos indispensables para hacer progresos en esta especialidad.

Debe considerarse el Servicio Médico Legal como uno de los más importantes servicios públicos, como lo ha sido fuera de España, organizándole como es debido y remunerándole, como se hace con todos los demás, teniendo en cuenta su importancia, los conocimientos científicos particulares que exige, la responsabilidad que sobre sí lleva el profesor y lo repugnante y tantas veces peligrosas de sus operaciones.

Parte oficial de 21 de septiembre de 1853:
"El Excmo. Sumiller de Corps de S. M. dice con esta fecha al señor Presidente del Consejo de

Ministros lo que sigue: El excelentísimo señor D. Juan Francisco Sánchez, médico de Cámara de Su Majestad, me dice lo siguiente: Excmo. Sr.: Con la mayor satisfacción participo a V.E. que, según me comunica en oficio de este día el excelentísimo señor D. Tomás Corral y Oña, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y encargado de la dirección y parto de la Reina, Nuestra Señora, ha entrado S. M. en el noveno mes de embarazo y continúa sin novedad alguna en su importante salud. Lo que, con la venia de S. M., me apresuro a ponerlo en conocimiento de V. E.”

Y en 1 de marzo de este mismo año de 1853, Manuel Álvarez Chamorro comenzó la publicación de su *Repertorio de Higiene Pública y Medicina Legal*, primera revista en España dedicada exclusivamente a las materias de su título (Pérez de Petinto M. Médicos forenses ilustres. *Revista de Medicina Legal*, abril de 1946). La competencia demostrada por el meritísimo autor le hacen ser, más tarde, Médico forense de Zafra a los treinta y seis años.

PRIMERA PARTE

CUERPO PROVISIONAL MÉDICO FORENSE DE MADRID

La política manda. El 29 de julio de 1854 entra Espartero en Madrid, con el fin de reorganizar la Nación y sanear la Hacienda. Proyecta la desamortización civil y eclesiástica. Se abren las puertas del “Saladero” para el internamiento de dos clérigos por sencillas apreciaciones, sugeridas o fabuladas, sobre sudores del Cristo de San Francisco el Grande.

En 1855, Espartero constituye Gobierno con Zavala (Estado), O’Donnell (Guerra), Santa Cruz (Marina), Alonso Martínez (Fomento), Bruil (Hacienda), Fuente Andrés (Gracia y Justicia) y Huelves (Gobernación)].

Miguel Roda preside las Corte. Luís Sagasti es gobernador de Madrid.

La Prensa es variada y de claras tonalidades políticas: *Iberia* y *El Clamor Público*, como protagonistas. *Diario Español* y *La Época*, como moderados. *La Soberanía Nacional*, *La Asociación*, *El látigo* y *El Perogrullo*, como republicanos. Y hasta *El Padre Cobos*, como clandestino.

Pero la población madrileña está afectada por

la *infección colérica*. Así, el parte oficial sanitario referente a la enfermería del Hospital de San Jerónimo, de un día, da:

“Enfermos anteriores, 40. Entradas, 8. Altas de curación, 4. Fallecidos, 2”.

Se advierte tan sólo la existencia de reglamentos y disposiciones sanitarias de insegura observación. Por todo ello se impone en las Cortes el estudio de una Ley de Sanidad.

Y leemos en el Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes, apéndice 2.º al número 147: “Comisión para dictaminar el proyecto de Ley de Sanidad, a presentar al pleno por el Ministro de la Gobernación: Antonio Maestre, presidente; Gumersindo Fernández de Moratín, Agustín Gómez de la Mata, Manuel Codorniú, Hipólito Otero y Pedro Calvo Asensio, secretario.”

Texto del dictamen, 7 de mayo: “La Comisión ha estudiado el actual estado sanitario de las provincias. Ha presentado con dolor que se halle amenazado nuestro suelo, si la Providencia no se nos muestra benigna, de una invasión general de ese tremendo azote de la humanidad conocido con el nombre de “cólera morbo asiático”, cuyos tremendos estragos se hacen hoy sentir en algunas poblaciones de España.

Se lamenta la Comisión de que no exista una Ley general de Sanidad a que se atengan todos los pueblos de la Monarquía. A falta de otras razones, ésta sería poderosísima para que las Cortes reconocieran, como lo acaba de reconocer el Gobierno, lo urgente y oportuno que es ocuparse de hacer una ley que, estando en armonía con los adelantos de la ciencia, ofrezca a los pueblos la garantía de un servicio sanitario perfecto, capaz de destruir en algunos casos la eficaz acción de la horrible epidemia y de amenazar en otros la intensidad de sus perniciosos efectos.

Y no es esto solo; tendamos la vista por las aldeas, villas y ciudades de la Península y las hallaremos desprovistas de todo socorro sanitario regularizado. La anarquía en las disposiciones higiénicas, la confusión de todo deber y de todo derecho social en este punto, la discordia legal en los mandos de las autoridades, la intrusión lastimosa de los profanos en las facultades médicas, el indiferente olvido de lo prescrito en las circulares, reales órdenes y reglamentos sanitarios dados al efecto y relegados acaso a la más completa inobservancia, por creerlos dictados por el capricho de funcionarios y no por la severa precisión de una ley; la interesada vocinglería superpuesta a la dignidad de las ciencias médicas; y la salud pública, mirada como objeto de mercancía

y de lucro por especuladores inmorales. Todo este cúmulo de males, en suma, ofrece un aspecto tan triste y lastimoso, que un Gobierno, justo y humanitario, no podía mirarlo con indiferencia por más tiempo sin intentar un remedio en obsequio de la humanidad y honra de la civilización.

Acaso el abandono, las malas condiciones higiénicas y la falta de vigilancia en algunos de nuestros puertos sean la causa de las irremediables desgracias que han pesado y pesan aun sobre algunas provincias, víctimas de la asoladora enfermedad que aflige a cierta parte de nuestro territorio y que amenaza propagarse al resto de la Península.

De otra parte, la creación de facultativos forenses era ya una necesidad apremiante y que hace tiempo echaban de menos los Tribunales en los casos en que para dictar sentencias eran precisos los auxilios de las ciencias médicas. Y si por falta de recursos no es posible hoy establecer definitivamente esta institución, regularizada y dotada dignamente, se fija ya el principio de inaugurar una senda, y se reserva al tiempo y a la ocasión perfeccionar el pensamiento de la ley."

El 15 de junio, de los partes sanitarios dados en las últimas veinticuatro horas, resulta: En Madrid: nuevos invadidos de cólera, 7; curados, 2; fallecidos, 5. En Aranjuez: nuevos invadidos, 4; curado, 1; fallecidos, 2.

Y ocupa lugar en la *Gaceta* la "Instrucción metódica acerca del uso de los remedios homeopáticos, preservativos y curativos, del cólera epidémico", por el doctor Tomás Pellicer.

El 19 de julio, el Ministro de Gracia y Justicia, D. Manuel de la Fuente Andrés, publica la siguiente Circular: "El cólera morboasiático sigue haciendo estragos considerables en algunos pueblos; y si bien con menos intensidad en otros, son ya varias las provincias que sienten su funesta influencia. En todas las épocas calamitosas la católica nación española ha recurrido a Dios implorando su misericordia y pidiéndola que mitigue los males que la han afligido. En esta triste ocasión debe hacerse lo mismo, y S. M. la Reina (q. D. g.) se ha servido mandar que usted adopte las medidas que estime más conveniente, a fin de que en todas las parroquias de esa diócesis se hagan rogativas públicas con el fin indicado; pero cuidando de que se ejecuten de modo que, lejos de producir consternación y alarma en los ánimos, derrame el consuelo y la resignación cristiana en las familias afligidas y den valor y serenidad a los que por fortuna estén libres de tan funesta desgracia. De Real Orden lo digo a usted para los efectos consiguientes."

Real Orden de 10 de mayo de 1855 (Gaceta del 20): "En vista de la información dada por el Rector, la Reina, se ha servido disponer que los análisis reclamados por los Jueces de primera instancia y Tribunales ordinarios, se encarguen a los Catedráticos de Toxicología y Medicina Legal, para que se remitan a los mismos directamente con las sustancias y objetos que hayan de analizarse."

Por esto, pues, si en cualquier época una ley sanitaria sería conveniente, en las críticas circunstancias que nos rodean es no sólo necesario, sino absolutamente indispensable.

Real Orden de 28 de agosto de 1855 (Gaceta del 14 de septiembre): "Estando S. M. en el Real Sitio de San Lorenzo, he dado cuenta a la Reina (q. D. g.) de una disposición del Juez de primera instancia, Decano de los de esta capital, apoyada por el Fiscal de la Audiencia del territorio, en la que, llamando la atención sobre la sensible falta de que los Juzgados de esta corte no tengan asignados oficialmente facultativos de la ciencia de curar, de quien poderse valer en los infinitos casos que constantemente les ocurren para el reconocimiento de heridas y ya también para la asistencia de los que las padecen, solicita que, como complemento de la R. O. de 10 de mayo último, en la cual se designan los profesores que han de practicar los análisis reclamados por los Jueces de primera instancia, se nombre, tanto en Medicina como en Cirugía, el número de aquéllos que se estime suficiente para prestar este importante servicio.

Y S. M., accediendo a lo pedido por el expresado Juez, con la calidad de por ahora y sin perjuicio de lo que por una disposición general se acuerde para todos los partidos del Reino, se ha servido nombrar, para desempeñar el referido servicio, adscribiéndolos a los Juzgados de Primera Instancia de esta capital, a los profesores:

José Fernández Carretero.

Juan Querejazu Hartzembusch.

Calixto Guara y Gabín.

Manuel Vegas y Olmedo.

Andrés del Busto y López.

Servelio Langreo Contreras.

Pedro Carnicero y Cardiel.

Pablo León y Luque.

De Real Orden lo digo a V. I. para los efectos consiguientes.- Dios guarde a V. I. muchos años.- Manuel de la Fuente Andrés, Ministro de Gracia y Justicia.

Sr. Regente de la Audiencia de Madrid."

El 18 de septiembre de 1855 *se reúnen en primera sesión* en el segundo piso de la casa sita en Lope de Vega, 43. Ya no existe. El solar forma parte de un patio con utilización industrial de finca colindante. Pero allí fué la vivienda de uno de nuestros antecesores ilustres, de León y Luque, que citó, entregando su propio hogar al cálido afecto de sus profesores.

Y se manifiesta la satisfacción de todos por este primer paso, concedido por el Gobierno, para el futuro y estable planteamiento de los Médicos forenses en España.

Se prometen cumplir con celo y honradez tan delicada misión.

Y se reconoce que al noble deseo y constantes esfuerzos de D. Manuel García Baeza, aunados con la protección y eficaz empeño del Fiscal D. Fernando Pérez de Rozas, era debida la consecución de esta creación.

Se designa por aclamación Director honorario del Cuerpo a García Baeza.

Y los Sres. Querejazu, Busto y Luque, representando a la Corporación, irían a cumplimentar y expresar su gratitud al Fiscal Sr. Pérez de Rozas.

Se levanta la sesión, siendo las ocho de la noche.

¿Cuáles eran las personalidades de los médicos designados?

Fernández Carretero, hasta entonces, era el único requerido por las Autoridades para informarlas. Decano de los subdelegados de Medicina, médico del "Saladero", le designan sus compañeros Presidente del Cuerpo. Vive en la Cuesta de la Vega, 9.

Querejazu Hartzembusch, profesor supernumerario de la Beneficencia provincial (1859), fué célebre por su erudición y escritos. Al fin, sobrino de don Juan Eugenio, que llegó a ser Director de la Biblioteca Nacional. Vivía en Carretas, 4, tienda.

Guara y Gabín, vivía en Juanelo, 17, principal.

Vegas y Olmedo, Médico de Familia del Real Sitio de San Ildefonso. Entre otras publicaciones, cuenta con "Utilidad de la institución especial de Médicos forenses" (1864, *España Médica* núm. 1). Vivía en calle de Cádiz, número 10, tercero.

Busto y López, ilustre Catedrático de San Carlos. Llega a honrar su apellido con el título de marqués. Secretario honorario de S. M. Ya en 1859 expresaba "la importancia de la anatomía patoló-

gica; de tal significación que sin ella no es posible el conocimiento de muchas verdades de Patología y marchar guiados por un camino seguro en la indagación de la esencia de muchas enfermedades y en el tratamiento de las mismas". "Pero para que aproveche el estudio de la anatomía patológica, debe ser precedido del clínico y del de las alteraciones cadavéricas." Todo expuesto como preámbulo a las "Lecciones de Anatomía patológica", dictadas por Fourquet. Y fué autor, entre otros escritos, del "Porvenir de la Medicina en nuestra Patria" (1854); "Enfermerías forenses", "Sobre el cobro de honorarios" y "Responsabilidad del Servicio Médico-forense" (1857); "Cuadros sinópticos de patología general" (1874); "Cuadros sinópticos de patología quirúrgica" (1875); "De la transplatación celular" y "Curso de patología médica" (1877); "La Cirugía del presente y los cirujanos del pasado" (1892); "Apuntes de Obstetricia y Ginecología" (1893). Vivía en Jardines, 20, tercero.

Langreo Contreras, Médico de Sanidad de la Armada. Domicilio en Espoz y Mina, 12, 2.º

Carnicero y Cariel, vivía en la Puerta del Sol, 24.

León y Luque iba a ser el "alcaloide" del Cuerpo; todo actividad e inteligencia. Conocemos su domicilio en Lope de Vega. La relación de sus publicaciones, solamente del año 1857, son las que siguen: "Ligeras indicaciones sobre arreglo y porvenir de los Médicos forenses", "Conveniente publicidad de los escritos médico-forenses", "Reclamación para el Servicio Médico-forense fuera de los partidos", "Falsas situaciones harto frecuentes del Médico forense", "Artículos del Código Penal que tienen inmediata relación con la intervención médico-forense", "Caso práctico: deformidad", "Salas de observación y asistencia jurídicas", "Depósito judicial (Clínica) en algunos casos de observación medicoforense", "Caso práctico: estudio sobre capacidad mental", "Caso práctico: envenenamiento por arsénico", "Médicos forenses en Vitoria", "Caso no previsto de exención para el Servicio militar", "Reconocimiento de restos óseos", "Desconsideraciones para los Médicos forenses", "Medicina forense en Vitoria y Barcelona", "Homicidio y suicidio por envenenamiento", "Simulación de locura", "Reflexiones sobre la locura penitenciaria", "Envenenamiento por la estricnina". Caso ocurrido en Chamartín el 13 de julio de 1855. Al lado del cadáver encontraron una botella con un fondo

pulverulento. Al siguiente día por dos médicos y dos cirujanos se practica la autopsia. Sobreseimiento por probarse el suicidio. León y Luque comenta el dictamen de autopsia por los cuatro profesores, y destaca su insuficiencia en anatomía patológica, abogando por la necesidad de que estos servicios se efectúen por quienes estén preparados suficientemente. “Embarazo desconocido y nacimiento inesperado”, “Reclamación de honorarios”, “Caso práctico: lesiones por castigo a un escolar”, “Caso práctico: duración de lesiones” y “Acerca del estado de las facultades intelectuales de un procesado”.

El 28 de noviembre de 1855 se aprueba la Ley de Sanidad, en consonancia con el dictamen, ordenándose:

CAPITULO XVI

De los facultativos forenses

Art. 93. Ínterin se realiza la formación de la clase o Cuerpo de Facultativos Forenses, ejercerán las funciones de tales en los Juzgados los profesores titulares residentes en las cabezas de partido. A falta de éstos, los profesores que elijan los respectivos Jueces de Primera Instancia, a propuesta de las Juntas Municipales de Sanidad, teniendo en cuenta para esta elección los mayores méritos científicos de los que hayan de ser nombrados para este cargo.

Art. 94. En las capitales de provincia donde haya Audiencia se nombrará por los gobernadores civiles, a propuesta de la Junta Provincial de Sanidad, una selección consultiva superior de facultativos forenses, compuesta de tres profesores de Medicina y dos de Farmacia, encargada de los dictámenes, reconocimientos y análisis que para mejor acierto en los fallos de justicia necesitan las Audiencias.

Art. 95. A los profesores encargados del servicio médico-legal se les abonarán los derechos que por las leyes arancelarias se les señalen. Lo mismo que los gastos de drogas, reactivos y aparatos que se necesiten para los análisis, experimentos y viajes que se les ordenen.

Los honorarios y gastos de los expresados profesores se pagarán del presupuesto extraordinario de Gracia y Justicia, para lo que se consignará en el mismo la cantidad competente.

Un reglamento especial, que publicará el Gobierno, establecerá la organización, deberes y atribuciones de los facultativos forenses.

Así se inicia “en el papel” el cargo de Médico forense y se señala su retribución. Designación puramente española, creada para desempeñar las funciones relativas a la Medicina legal cerca de las Autoridades competentes, con el mismo grado exigido a éstas de moralidad y fidelidad a la verdad.

Y la ley hizo buena la primitiva solicitud a la Superioridad del muy digno Regente de la Audiencia, con valioso informe del Ministerio Fiscal. Hay ya ocho Médicos forenses en Madrid, sin perjuicio de lo que una disposición general amplíe.

PRIMEROS ACUERDOS Y ESTUDIOS DEL CUERPO PROVISIONAL MÉDICO FORENSE DE MADRID

Redactan un *Reglamento interior*, con 20 artículos (1 de octubre de 1855). Coinciden en la conveniencia de publicar *trabajos científicos*, los informes más notables y los estados de estadística, así como archivar los escritos que redactaran (6 noviembre 1855).

Remitir a la *Gaceta* alguno de sus más importantes trabajos (4 diciembre 1855).

Modificar el Reglamento respecto a la sustitución de nombre de *Director* por el de *Presidente*, como voz más apropiada para expresar el objeto y funciones de dicho cargo, de puro orden y formalidad, desechándose en el presente caso el de *Decano*, por recaer la presidencia en persona (Sr. García Baeza) que no había pertenecido a la Corporación y de consiguiente no podía tener en ella antigüedad.

El 24 de octubre de 1856 se nombra Médico forense a *Rafael Cervera Rojo*.

El 11 de enero de 1857 dispone el Gobernador del anfiteatro del Hospital General, arreglándose otro local en el Cementerio para las autopsias.

En 20 de marzo de 1857, por *D. Antonio Bravo y Tudela*, ilustre jurisconsulto, se advierte al Ministro de Instrucción Pública de *un vacío en las cosas de Jurisprudencia*. Al fin de la carrera, para evitar ridículos, consultas frívolas y absurdas, deben estudiarse, creando la *Cátedra de nociones de Medicina legal*. Así los Tribunales no preguntarán de modo inconveniente, donde las cosas de poca importancia se hacen verdade-

ros castillos. Hacer que fraternicen las carreras. Viendo los trabajos de los Médicos forenses, aceptar la colaboración de *Médicos jurisconsultos, Magistrados, Jueces y Fiscales veríamos llegar con júbilo el día en que los médicos no fuesen llamados a declarar como simples peritos, sino a resolver de plano, como verdaderos jueces, en las materias de su profesión.*

Los médicos que figuran en el Congreso (Altés, Tovar y Gutiérrez de la Vega) deberían ser los primeros en reclamar la reforma de crear dicha *Cátedra*, así como reclamar la *intervención de los facultativos* cuando se presente la *reforma del Código penal*, en algunos de sus artículos.

El doctor Busto dirige *La Iberia Médica*, que va a nacer. Encarga a León y Luque de la sección "Medicina Forense", que lo venía haciendo en *España Médica*.

La Iberia Médica es decenal y aparece como el periódico oficial de la Academia Quirúrgica Matritense y del Cuerpo Médico Forense de Madrid.

El número 1 surge el 5 de abril de 1857, impreso en el establecimiento de Santa María.

Editorial: "Venimos desde los muros de nuestra antigua residencia (*España Médica*) llegando a nuestro nuevo fuerte. Las clases médicas que defendemos esperan socorro. Izamos nuestra bandera con los temas de progreso y regeneración profesional y científica, de nacionalidad, de compañerismo. Hoy lo juramos de nuevo. Vemos en la balanza de la razón pesar más el platillo del mérito de la ciencia que el de la consideración y recompensa de la clase.

Hoy queremos llamar la atención del Gobierno sobre todos nuestros hermanos de profesión que desempeñan estos cargos sin nombramiento, sin categoría, consideración ni recompensa. Por el solo hecho de ser médicos tienen que arrostrar ese compromiso de ilustrar con sus conocimientos a los Tribunales, no por razón de cargo, sino como ciudadanos, por el descubrimiento del crimen y sus perpetradores.

Todos los profesores del partido vienen desempeñando tan penoso ejercicio gratuita y desinteresadamente, como una carga o contribución inherente al profesorado de partido.

Las dificultades sólo surgen al cohonestar el decoro del profesor y la prudente economía de la nación.

La Medicina forense en nuestra patria está llamada a ocupar el puesto que por derecho le corresponde y que en las demás naciones europeas ha alcanzado.

Las Audiencias donde hay Médico forense se hallan satisfechas del desinterés y buen comportamiento de éstos, y a ellos confían los numerosos e importantes asuntos que son de su competencia. Véase la estadística resultante. Datos que seguiremos publicando según nos los remitan nuestros comprofesores."

Concluye León y Luque solicitando colaboración para que no queden servicios ignorados o desconocidos. "No se duerman nuestros comprofesores, demuestren sus trabajos constantes en obsequio de la Administración de justicia, y cuando llegue el momento de recibir el premio tendrán un derecho indisputable a él."

El 10 de junio de 1857 se nombran, como a los anteriores, Médicos forenses de Madrid a D. Nemesio López Bustamante, D. Esteban Sánchez Ocaña y D. Mariano Esteban Arrendo.

Cuadro estadístico de autopsias y dictámenes hechos por el Cuerpo Médico Forense de Madrid durante el año 1857 en los Juzgados de Primera Instancia, en las Tenencias de Alcaldía y Juzgados de Paz:

- Heridas por arma blanca: En cabeza, 16; en extremidades, 46; en el tronco, 28; penetrantes, 2.
- Heridas de arma de fuego: En cabeza, 2; En el tronco, 1.
- Heridas contusas: En cabeza, 93; en extremidades, 51; en el tronco, 19.
- Mordeduras de perro: 10.
- Contusiones: 29.
- Diagnóstico sobre estado mental: 24.
- Diagnóstico sobre alegación de estupro: 14.
- Diagnóstico sobre alegación de embarazo: 2.
- Diagnóstico sobre alegación de aborto: 5.
- Diagnóstico de edad: 6.
- Diagnóstico sobre deformidades: 8.
- Diagnóstico sobre enfermedades alegadas: 2.
- Diagnóstico sobre enfermos confirmados: 154.
- Diagnóstico de restos óseos: 2.
- Autopsias en niños: Fallecidos de muerte que resultó natural, 46; violenta, 6.
- Autopsias en adultos: Fallecidos de muerte natural, 52.

- Autopsias en adultos por homicidio: Arma blanca, 11; de fuego, 2; por contusiones, 6; por sumersión, 1.
- Autopsias en adultos por suicidio: De arma blanca, 2; de fuego, 2; por contusión, 3; por asfixia, 1; por sumersión, 1.
- Exhumaciones: 3.

Cuadro de los análisis médico químico-legales practicadas por D. Gabriel Usera y D. Manuel García Baeza, profesores de Química y catedráticos de la Facultad de Medicina durante el año 1857 (según Orden de 10 de mayo de 1855).

- Envenenamientos: Con preparados de arsénico, 7; de morfina, 2; de mercurio, 2; de opio, 1; de cobre, 1; de estaño, 1.
- Presuntos envenenamientos: 11.
- Análisis: De manchas de sangre, 12; de pan; de harinas adulteradas, 4; de medicamentos, 4; de suplantación de firmas, 3; de sustancias para falsificar moneda, 4; ídem combustibles, 2; falsificación de títulos del Estado, 1.

El 24 de junio de 1858 llega el Lozoya a Madrid gracias a las obras del Canal emprendidas por Bravo Murillo.

Mejora sanitaria inmensa de nuestra capital, que la sitúa a la cabeza de las más importantes europeas, por la riqueza del caudal concedido y por la excelencia de sus aguas.

Obra meritoria de nuestros Ingenieros de Caminos, que personaliza en la actualidad por sus estudios y proyectos de ampliación mi ilustre amigo el marqués de Berges.

Construcción en parte ligada a estudios de Medicina forense, como los que motivó el hundimiento del tercer depósito, para quien el eximio D. José Echegaray dio, en breve y sustancioso informe, explicación natural del hecho, ante las inclemencias del sol.

Manuel García Baeza fallece el 30 de julio de 1858. Presidente honorario del Cuerpo Provisional de Médicos Forenses de Madrid. Catedrático de Toxicología y cuestiones de Medicina de la Universidad Central. *La Iberia Médica* aparece enlutada en su número 5, del 5 de agosto.

Y suscribe el *doctor Busto*: “Desgracia para la Toxicología; pero su recuerdo persistirá en el Laboratorio de la Facultad de Medicina, en los

archivos de los Tribunales, en la memoria de su labor: el más joven y moderno de sus catedráticos. Profundamente conmovido por la muerte del que ha sido robado a nuestros ojos para el viaje a la eternidad, al tiempo que su cuerpo vuelve a posesión de la tierra para pagar a precio de vida el viaje tan fugaz de la mundial existencia.”

Y *León y Luque*: “Hoy se pierde uno de nuestros más fuertes apoyos. Por su entusiasmo a la noble ciencia que profesó puso la primera piedra del edificio que con el tiempo llegará tal vez a ser una gloriosa carrera para los médicos. Al que lleno de abnegación y desinterés tomó sobre sus hombros la pesada carga de los análisis químico-judiciales. Quien uniendo a su elocuente voz su poderoso ejemplo prosiguió por la espinosa y difícil senda que emprendimos en servicio de la administración de justicia. Su infatigable celo, su reconocida inteligencia y su nunca desmentida perseverancia fueron y serán siempre nuestra guía para alentarnos en la prosecución de la tarea tan noblemente empezada por él.”

Honda impresión causó el silencio en el imponente acto de su inhumación.

Tan modesto como estudioso, de magnánimo corazón. La última sesión que presidió fué la del 12 de abril.

Se acuerda continúe en la Presidencia Caslixto Guara.

La Iberia Médica, en su segundo año, a fin de 1858, expone: “Mucho sentimos que no acompañen otros trabajos de diversas Audiencias. Contra nuestras esperanzas, la clase médica no ha creído conveniente probar que trabaja con fe y entusiasmo (salvo algunos, como Moya y Maestre). Harto lo sentimos y sentiremos mañana si entonces lamentan su apatía, culpable a todas luces.”

En 1859, la Medicina forense, especialidad a la que algunos de los redactores de *La Iberia Médica* se consagran, como individuos del Cuerpo Médico Forense de Madrid, y del cual es periódico oficial, llama a las puertas de la Gobernación para su público, indispensable y provechoso ejercicio, como especialidad en *todos los puntos de la Península*.

La hora va sonar pronto y el Gobierno va a recibir de manos de la Comisión, nombrada por Real Orden, el trabajo redactado por el especial talento del que ha inaugurado en España los ver-

daderos estudios de Medicina forense, e iniciador hace muchos años de la creación de esta especialidad para la práctica: *D. Pedro Mata*, suscrito después también por juristas y médicos.

Nunca esta cuestión ha estado en España tan adelantada para su planteamiento, si bien, desde hace tres años, de nuevo empezó a agitarse con la creación del Cuerpo Médico Forense de Madrid, promovida por su malogrado presidente el catedrático *D. Manuel García Baeza*, ha seguido las oscilaciones de la política, siempre turbulenta, y ha dejado de hacerse extensivo a toda la Península, pero podrá suceder ahora con el completo plan del doctor Mata.

Pero si se aprueba sólo en parte, *“siempre será un trabajo meritorio para el día de la general organización, incesantemente agitada por el Cuerpo Médico Forense de Madrid y defendida en La Iberia Médica con ciega fe.”*

La Iberia Médica estimulará el cultivo y publicación de trabajos de la especialidad, para que haya médicos recomendables para la reforma. Anunciará todo lo que pueda inquirir y dará cuenta de las decisiones de la Superioridad y combatirá todo pensamiento en contra de la creación del Cuerpo.”

Abril de 1859. Se emplaza la cuestión médico-forense en el Congreso. “Diario de Sesiones” del 16:

Se dio lectura al dictamen de la Comisión de Peticiones, relativa a una exposición del Cuerpo Provisional de Médicos Forenses de Madrid pidiendo se lleve a efecto la Ley de Sanidad o se les asigne una remuneración ínterin o realiza la organización definitiva.

Don Pedro Calvo Asensio defendió a los Médicos forenses, que piden subvención a sus trabajos científicos, apoyados en la Ley de Sanidad, después de cuatro años de un trabajo intelectual arduo y asiduo, enteramente gratuito. Impugnó el dictamen, y aunque fué aprobado, dio ocasión de escuchar al Ministro.

Señor Ministro de Gracia y Justicia: “No deben quejarse los facultativos forenses de que desempeñan gratuitamente su cometido, pues, aunque poco, suelen cobrar sus honorarios, de cada cuatro causas una. Había un expediente en el Ministerio de Gracia y Justicia, pero ligado con la Ley de Sanidad, y esperaba se concluyera ésta para pedir una partida en el presupuesto. Como servidores del Estado habían trabajado siempre, sin que hubiera habido partida presupuestaria. Había

una partida de tasación de costas y ésta continuaba, pero que ya no les satisfacía, aunque haya solido cobrarse la quinta parte de lo devengado.”

Comenta *Querejazu*: “Creado el Cuerpo de Médicos Forenses en virtud de Real Orden de 28 de julio de 1855. Publicada la Ley de Sanidad en diciembre del mismo año, acudieron reclamando su cumplimiento en la parte que a ellos se refería. Se alegaba no haber terminado aún sus trabajos la Comisión nombrada, en 7 de abril de 1856, por el Ministro de la Gobernación para redactar el Reglamento; lo que aún no ha tenido lugar y hace ya tres años.

Extendidos los nombramientos por Gracia y Justicia y dependiendo de este Departamento, se limitaron a reclamar el cumplimiento de la Ley de Sanidad. Los Médicos Forenses y los médicos, considerados como servidores del Estado, han trabajado siempre sin la menor remuneración

¿De qué sirve consignar los honorarios en las firmas, según previene la ley, si por la insolvenia de las partes, por ser declaradas las costas de oficio o por otras muchas causas, no la quinta, ni aun la vigésima parte puede cobrarse?

¿Será injusto y fuera de razón que los Médicos forenses no se crean satisfechos con la partida consignada en la tasación de costas y que tan ilusoria es?

En el tiempo transcurrido desde su creación, el Cuerpo Médico Forense de Madrid lleva hachos 3.440 trabajos, y pregúntese en los Tribunales la proporción en que están los honorarios cobrados.

En fin, lamentamos la resolución del Congreso.”

Y *León y Luque*, igualmente en *La Iberia Médica*, añade: “El día que se reforme la Ley de Sanidad debe segregarse el capítulo referente a los Médicos forenses para hacerlo pasar al sitio que le corresponde en la Ley de Tribunales, donde, como los demás funcionarios del orden judicial, deben tener consignados sus deberes, derechos y categorías. Lógico será que el Ministerio que nombra los Médicos forenses y de cuya autoridad dependen, sea el que vigile por el decoro y bienestar de sus subordinados, sin que en ello pueda tener intervención ningún otro ramo completamente ajeno a la cuestión.

La Comisión de 7 de abril, nombrada por el Ministro de la Gobernación, es la única relación de éste con los Médicos forenses.

De cien causas hemos abandonado noventa y ocho por incobrables. Sólo el 2 por 100 se puede calcular cobrable.”

Don Antonio Villarroel escribe desde Alcalá, en 5 de mayo: “Los Médicos forenses han trabajado con celo y perseverancia, han publicado artículos esclareciendo cuestiones difíciles, han formado estados, en una palabra, han demostrado un día y otro la conveniencia de su pronta organización.

Viene, por la fatalidad, o mejor por la falta de higiene pública y de policía sanitaria, una epidemia. Entonces se rebusca y escoge entre las disposiciones cuanto se cree más conducente a cargar a los facultativos de trabajo y responsabilidad.

Se promulgan en los Boletines los artículos de la Ley de Sanidad para este crítico lance exhumada. Si algún médico, aleccionado por desengaños, sigue el precepto divino *te ipsum serva* y no se encuentra con fuerzas para sacrificarse por los demás, a éste se le amenaza, se le destierra y se le encausa.

Si, por el contrario, da su vida, patrimonio y porvenir de sus hijos; si sucumbe haciendo frente a un enemigo terrible, al que vuelven la espalda con terror altos dignatarios de todas clases, entonces muere con la esperanza de que sus hijos conocerán el hambre y las privaciones, hasta que al fin, tras abultado expediente, se concedan tres reales diarios de pensión a los huérfanos.

Aún somos jóvenes y aún no es llegada para nosotros la época en que los desengaños, las decepciones y la ingratitud modifiquen nuestros sentimientos. Así que cuando hemos visto mejorar las condiciones y el porvenir del Cuerpo de Ingenieros de Minas, del de Montes y Plantíos y otros, hemos sentido el goce y la satisfacción de ver honrados y atendidos por el Ministerio de Fomento a profesores de otras ciencias, ínterin nosotros nos vemos excluidos de la protección del Gobierno y nos sentimos olvidados.

Nada se hace en el cumplimiento de la Ley de Sanidad, organizando el Cuerpo Médico Forense y el Sanitario.

Teniendo presente la indiferencia con que el señor Ministro de Gracia y Justicia ha tratado a la clase en el Congreso, ¿cuál debe ser nuestra conducta en lo sucesivo?

Continuaremos sacrificando nuestros esfuerzos en aras del bien público. Poco importa que un Ministerio no haga toda la justicia que se debe a

las aspiraciones honrosas y elevadas de clase médica. La justicia y la verdad son eternas como Dios y algún día brillarán para nosotros.

Al señor *Calvo Asensio*, gracias por la constancia y celo con que defiende de siempre el honor y derechos de las clases médicas en el Congreso y en la Prensa.

Así también a *D. Pedro Mata*, nuestro maestro, por sus trabajos en el *Reglamento del Cuerpo Médico Forense*. Ya sabemos que el retraso en que dicho informe se encuentra no es por piedra puesta por su mano. Interés tiene por verle planteado, como supo levantar a tanta altura en España la Medicina Legal y la Toxicología.”

10 mayo 1859. El pesar inunda el sentimiento corporativo de los Médicos forenses. Fallece el primero de sus individuos: *Calixto Guara*.

Contribuyó con su conducta y con sus notables trabajos, expresión de sus firmes conocimientos médicos, en unión al amor de la justicia.

Así enfermó, consumiendo sus intereses y dejando en la más modesta posición a su familia. En el Cuerpo desde su iniciación, y presidente del mismo desde la muerte de quine lo fué de honor, señor Baeza; después de cuatro años de servicios gratuitos al Estado sucumbe sin lograr su equitativa recompensa. Así lo expresa en nota necrológica León y Luque.

Ante el triste estado de los familiares del compañero desaparecido se promueve una suscripción que encabeza el mismo señor Ministro con 300 reales. Los Escribanos del Crimen de los distritos donde actuaba, Audiencia y Lavapiés, entregan 114 reales, y los compañeros de Corporación, 1.000 reales.

Se designa a Carretero como presidente. Y en la vacante nombra el Ministro a Sicilia.

1860. *España Médica - Iberia Médica*. Crónica de los hospitales, del Cuerpo Médico Forense y de la Sociedad Filantrópica de Profesores de Ciencias Médicas.

Cursa en su año V. Contiene trabajos de Andrés del Busto, de Pedro Mata, de Pablo León y Luque.

Y el dictamen dado por el Cuerpo Médico Forense de Madrid en 21 de diciembre de 1849 acerca de la conducta científica observada en un caso de lesiones por los profesores titulares de La Solana (Manzanares), inculpados de haber prolongado la asistencia y lesiones.

Extenso, detallado y con plena corrección científica y moral lo firman todos, en pleno (*España Médica*, núm. 217, enero de 1860.)

CUERPO DEFINITIVO O EN PROPIEDAD MEDICO FORENSE DE MADRID.- REGLAMENTO PARA SU EXTENSIÓN POR TODA LA PENINSULA

Real Decreto de 13 de mayo de 1862, organizando el Servicio Médico-forense.- Ministro, Fernández Negrete.

Artículo 1.º Conforme a lo dispuesto en el artículo 95 de la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, el Servicio Médico-forense quedará organizado desde 1 de octubre próximo en los Juzgados de Primera instancia.

Art. 2.º Con el nombre de Médico forense habrá en cada Juzgado de Primera Instancia un facultativo encargado de auxiliar la Administración de Justicia en todos los casos y actuaciones en que sean necesarios, tanto en la capital del partido como en cualquier pueblo o punto de la demarcación judicial.

Art. 10. Cuando en algún caso, además de la intervención del médico forense, el juez o el médico forense lo proponga o estime necesaria la cooperación de uno o más facultativos, hará el oportuno nombramiento.

Art. 15. En pueblos que no sean cabeza de partido judicial, los facultativos designados por los alcaldes estarán obligados a prestar los servicios propios del médico forense hasta tanto que éste intervenga.

Art. 16. Normas a los alcaldes para la designación anterior. Con preferencia el Médico cirujano titular.

Art. 19. Cuando haya sospecha de envenenamiento, podrá el juez recurrir a uno o más farmacéuticos que tengan establecido laboratorio o cuenten con los medios necesarios para llevarlo a cabo.

Art. 20. Si en el Juzgado no pudiera practicarse aquella operación, se verificará en el punto más inmediato.

Art. 21. En último extremo se hará el análisis por los catedráticos de Toxicología y Medicina Legal y quinto año de Farmacia de la Universidad más próxima.

Art. 22. Las sustancias u objetos que hayan de analizarse, convenientemente recogidas, colocadas por el Médico forense y precintadas y selladas por el Juzgado, se remitirán, por conducto del Regente de la Audiencia, al Rector de la Universidad en que haya de verificarse el análisis.

Art. 25. Los Jueces y Tribunales, siempre que lo estimen oportuno, podrán oír el dictamen en asuntos médico-legales de las Reales Academias de Medicina y Cirugía u otras Corporaciones científicas.

Art. 26. Los Médicos Forenses y demás profesores a que se refiere este Decreto, anotarán al pie de las diligencias o escritos correspondientes los derechos que cada uno devengue, lo que percibirán siempre con arreglo al adjunto arancel.

Art. 29. En caso que la parte condenada al pago fuere insolvente, se satisfarán por el Estado, como cuando las costas se declaren de oficio.

Por el Decreto fundacional del cargo de Médico forense, de Fernández Negrete, vemos y se explica el aboleo de las funciones médico-forenses en los Médicos de partido, antiguos Titulares hoy de Asistencia Pública Domiciliaria. Aun en el propio Madrid es evidente el engarce de funciones con los Médicos municipales. Puede decirse que todo sumario de lesiones y toda diligencia comienza con el Certificado de la Beneficencia municipal y es base del atestado policial.

En sesión de 21 de junio de 1862, los Médicos forenses de Madrid, reunidos en Corporación, manifiestan su gratitud y dan las gracias a Fuente Andrés, Ministro de fué en 1855; a Fernández Negrete, actual encargado de la cartera de Gracia y Justicia; a D. Emilio Bernar, Subsecretario del Ministerio; al Sr. Cuenca, oficial del Negociado, y a don Antonio Casanova, Regente de la Audiencia Territorial de Madrid.

El 26 de junio de 1862 reciben los Médicos forenses los traslados de sus nombramientos, con arreglo al Decreto de 13 de mayo, y son confirmados Médicos forenses de Madrid, por orden alfabético de distritos, los siguientes dignísimos precursores de nuestra Corporación:

- Audiencia:

Andrés del Busto López (Jardines, 20, 3º).

- Barquillo:

Juan Querejazu Hartzembusch (Relatores, 15).

- Lavapiés:

Joaquín Sicilia y Gallego (Madera, 26, 2.º).

- Maravillas:

Mariano Esteban Arredondo (Cava Baja, 2).

- Mediodía:

Esteban Sánchez Ocaña (Mesón de Paredes, 9).

- Misericordia:
José Fernández Carretero (Cuesta de la Vega, 9).
- Norte:
Nemesio López Bustamante (Carretas, 9, 3.º).
- Palacio:
Rafael Cervera Rojo (Jacometrezo, 32, 3.º).
- Prado:
Pablo León y Luque (Atocha, 8-10, 4.º izqda.).
- Vistillas:
Pedro Carnicero y Cardiel (San Joaquín, 10, 2.º).

Y se redacta el primer presupuesto para material a emplear en 1863, que se eleva al Decano de Jueces, con la razón explicativa de cada una de sus partidas, que son:

- Instrumentos nuevos	1.000 reales
- Diez blusas	242 reales
- Doce toallas	72 reales
- Jabón	40 reales
- Esponjas, hilo, tinta, lacre, plumas, polvos de salvadera (de los que aún, emocionadamente, he podido ver y palpar adheridos a sus escritos)	200 reales
- Frascos de cristal	160 reales
- Cuatro docenas de agujas de cirugía	100 reales
- Para arreglo de útiles	300 reales
Total	2.114 reales

De 1862:

“Juzgado del Prado.- Sírvase usted disponer se dé sepultura eclesiástica, en el sitio que corresponda, al cadáver de Antonio Garrido y Sebastián, natural de Adesmes (Valencia), de cuarenta y dos años, casado, banderillero de toros, el cual se halla depositado en el Hospital a disposición de este Juzgado, manifestando haberse ejecutado.” Entierro de Misericordia.

“Juzgado del Barquillo.- Practicada la autopsia en el cadáver que se hallaba depositado, a disposición de este Juzgado, en el anfiteatro del Hospital de la Princesa por haber fallecido de muerte natural, dispondrá se le dé sepultura, dando parte de haber tenido efecto a la mayor brevedad.” Siendo el papel de Misericordia; dos reales y de cuatro ms. para pobres.

Real Decreto de 31 de marzo de 1863.- “Señora: Reconocido el establecimiento de los Médicos forenses como una necesidad de la Administración de Justicia, la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 inició ya la organización de este importante servicio, verificándose sus definitivos establecimientos y fijándose la debida retribución de estos auxiliares del poder judicial por Real Decreto de 13 de mayo último. Corto tiempo ha transcurrido, Señora, desde que dieron principio en el ejercicio de sus cargos estos funcionarios; pero ha sido bastante para demostrar que el Servicio de los Tribunales de Justicia se presta con reconocidas ventajas, y que la creación de los Médicos forenses como auxiliares de los Jueces, ha respondido cumplidamente a las esperanzas que impulsaron tan importante reforma. Las naturales dificultades que con tanta frecuencia se presentaban para encontrar profesores médicos que con la perentoriedad que es indispensable en las primeras actuaciones del sumario, concurriesen a prestar los auxilios de la ciencia a los heridos, que momentos después hubieran dejado de existir careciendo de ellos, ya no tienen lugar; y lejos de darse los casos harto frecuentes de no poder ir más allá en el descubrimiento de algunos delitos por la falta de profesores médicos que concurriesen con el Juzgado a la formación de las primeras actuaciones, puede decirse que estos auxiliares, que se han mostrado celosos a porfía en el cumplimiento de sus deberes en todos los Juzgados del Reino, han puesto término a tan grandes males, tantas veces deplorados. Pero esto mismo, que es un considerable adelanto en beneficio de la humanidad y de la Justicia, el acierto con que V.M. se dignó atender a la creación de tan útiles funcionarios, es también la evidente demostración de que el Estado necesita atender a la regular dotación de estos profesores para que, alentados con el estímulo, no dejen de encontrar la retribución que les está concedida a los otros empleados del Poder Judicial.

En Real Decreto de 13 de mayo se reconoció ya esta necesidad y el deber del Gobierno de atender a ella; pero se hizo de una manera interina y supletoria, que sin satisfacer el justo interés de los Médicos forenses, recargó el presupuesto con la obligación de pagar los derechos devengados en las causas en que los procesados resultara insolventes; y como los inconvenientes de este sistema empieza a tocarse ya por lo crecido de las sumas a que ascienden los derechos de los Médicos forenses, por las dificultades naturales hasta ahora de justificar debidamente el importe de las partidas que el Tesoro deba

satisfacer en cada uno de los Juzgados; y finalmente, porque no teniendo esa seguridad que inspira la retribución fija y periódica de una dotación cualquiera, son las frecuentes renunciaciones que llegan de tales cargos, que muy pronto, si no se acude con el debido remedio, resultará sin efecto el establecimiento de tan útil reforma y pérdidas para la humanidad y para la Administración de Justicia las ventajas que hasta ahora habían alcanzado.

No fuera prudente, ni el Ministro que tiene la honra de dirigirse a V. M. Se atrevería a aconsejarla por ahora, que se recargase el Presupuesto del Estado con la importante suma a que ascendería una dotación, por modesta que ella fuese, para los Médicos forenses de todo el Reino. Conoce bien que a pesar de otras graves atenciones sobre el Erario, y aunque para lo sucesivo reconoce la necesidad de hacerlo como principio y como ensayo de una reforma que más adelante será una necesidad que no podrá diferenciarse, tiene el honor de proponer a V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 31 de marzo de 1863.- Señora: AL.R.P. de V. M.- El Ministro de Gracia y Justicia, Rafael Monares.”

“En virtud de lo expuesto por el Ministro de Gracia y Justicia, y de acuerdo con el Consejo de Ministros, vengo en decretar lo siguiente:

1.º Los Médicos forenses de los Juzgados de Primera Instancia de Madrid, disfrutarán desde el 1 de julio del presente año, la dotación anual de 10.000 reales, sin que puedan percibir, en el concepto de tales funcionarios, ninguna otra retribución.

2.º Queda sin efecto, con relación a los Médicos forenses de los Juzgados de Primera Instancia de Madrid, lo dispuesto en el artículo 29 del R. D. De 13 de mayo último.

3.º Los derechos que se devenguen en lo sucesivo por los Médicos forenses de los Juzgados de la Corte, con arreglo al Arancel, se harán efectivos en los pleitos o causas de partes solventes en papel de multas, que se inutilizarán uniéndolos a los autos, justificando sin perjuicio su importe por semestres en la forma que se previene, por punto general, por un Real Decreto de esta fecha.- Dado en Palacio a 31 de marzo de 1863.”

Está rubricado de la Real Mano.

Y con el sueldo surgió la incompatibilidad del cargo con otro. Hasta ahora fué gratuito y de honor. Al señalar un sueldo, compensación ventajosa para el Estado al suprimirse obligaciones de Arancel, que él mismo se señaló, surge una

equivocada declaración de incompatibilidad, teniendo en cuenta la insignificancia de la retribución y cuantas condiciones de preparación y calidad personal se requerían para desempeñarle.

Así resulta que León y Luque demuestra su grande amor a la Medicina forense renunciando su destino de Médico de la Beneficencia Municipal.

Pero el Cuerpo presiente sentida despedida y se ve al fin hondamente lesionado con la ausencia de otros compañeros, aunque el Estado, reconociendo los méritos, les concedió las siguientes distinciones:

A Busto y Carretero, nombrándoles Caballeros de la Orden de Isabel II.

A Cervera y Sánchez Ocaña, con la de Carlos III.

Es el premio de aquellos justos varones, cuyos nombres son ejemplo para nosotros de virtudes y conocimientos.

Los que quedan nombran para su habilitación a *Aureliano Valle*, funcionario de la Ordenación de Pagos del Ministerio de Gracia y Justicia. Y designan Presidente a *Querejazu*.

Aquel día hubo en Madrid 37 nuevas invasiones coléricas con nueve fallecidos y otras tantas altas por curación.

Pero los teatros seguían funcionando, y quizá fuesen algunos de los nuestros a ellos para distraerse; así, en *Variedades*, “La ninfa de los mares”; en el *Príncipe*, “La Semiramis” y “Huyendo del perejil”; en el *Cruz*, “Los dos viejos: uno riendo y otro llorando”; en el *Circo*, “Mis dos mujeres”.

Y aquella incompatibilidad lo fué también para continuar en el cargo de Médico forense a otras prestigiosas figuras: *Maestre*, *Hernando* y *Aguilar*, al conquistar los nobles lauros de la cátedra. Y han estado torpemente divorciadas la actividad pedagógica de la puramente profesional: *Cátedra* y *Forensía*. Hasta que, por fortuna, la *Superioridad*, recientemente en las propias Cortes, supo corregir este desacierto en beneficio de la ciencia medicolegal y de los servicios médico-forenses. Sentí la honda satisfacción de la conquista gracias al entusiasmo de los Médicos Procuradores del Parlamento *Srs. Jiménez* y *Aznar*, entre otros, a quienes desde aquí les reitero mi sentida gratitud al atender las razones que les expuse con el calor de plena convicción. Con orgullo tuvo el Cuerpo Médico Forense en activo a los prestigiosos catedráticos *Piga* y *Saforcada*, hoy seguidos igualmente por *Royo* y *Sales*.

INFORME DEL CUERPO MÉDICO FORENSE DE MADRID, SOBRE REFORMA DEL SERVICIO EN TODA ESPAÑA, EN 1864.

Encargada por V. S. esta Corporación para dar su dictamen sobre el *modo de perfeccionar el Servicio Médico Forense con provecho de la Administración de Justicia y el menor gravamen de los fondos del Tesoro*, con el objeto de evacuar V. S. el informe que sobre tan arduo asunto se le ha pedido por la Superioridad, va a exponer su opinión, razonándola cuanto cabe en los estrechos límites de su informe, si esto ha de ser leído y meditado sin causar hastío por su demasiada extensión.

Bien mereciera el asunto un libro. ¡Tanto y tan necesario es lo que sobre el particular puede y debe decirse!, y hallábase legitimado con sólo meditar cuántas e importantes son las cuestiones que en pocas palabras se piden queden resueltas, en virtud del mencionado informe; pero no caeremos en este extremo, y huyendo de que se nos pueda calificar de difusos concentraremos lo más posible nuestro pensamiento, siempre que esta marcha no perjudique a la claridad, condición tan necesaria en este género de documentos.

Examinada detenidamente y con frialdad la cuestión sobre la que se nos pide parecer, podemos decir, sin temor de equivocarnos, que con la mayor naturalidad se descompone en dos, a saber:

- 1.^a *Modo de perfeccionar el Servicio Médico Forense con provecho de la Administración de Justicia.*
- 2.^a *Modo de perfeccionar el Servicio Médico Forense con el menor gravamen de los fondos del Tesoro.*

Cuestiones tan antitéticas, que casi se excluyen la una a la otra. Que el Servicio se haga mejor aún, si es posible, que en la actualidad; que sea tan regular y uniforme, que la Administración de Justicia se halle completamente satisfecha de tan importante Institución. Y esto se haga con el menor gasto posible del Tesoro. Cosas que asombra poderse hermanar. En este asunto parecen estar en contradicción los intereses del Estado con los particulares de los profesores que sirven tan importante rama de la Medicina.

No es difícil dar reglas para perfeccionar el Servicio Médico Forense en provecho real y efectivo para la Administración de Justicia; lo

que presenta serias dificultades es que cueste poco al Estado. El equitativo principio de que debe remunerarse cual corresponde a todo el que se dedica al servicio de su país y desempeña con celo, honradez e inteligencia su cometido, se halla más en relieve al referirse a hombres que ponen un Título hijo de una larga carrera científica y en la cual han consumido un caudal precioso de tiempo y de dinero; si se reflexiona que dedicados al buen desempeño del servicio que se les encomienda, apenas tiempo tienen de allegar, por otra parte, medios con que aseguren subsistencia decorosa y que corresponde de derecho a los que se consagran al servicio de su país y ocupan un puesto deferente en la sociedad.

Año y medio próximamente va a hacer que rige el *Real Decreto de 13 de mayo de 1862* y que se halla en todo su vigor el *Reglamento para el desempeño del Servicio Médico Forense en toda la Península* y ya se nos piden reformas y perfeccionamientos. ¿Qué motiva semejante petición? ¿Hay verdadera necesidad de ellas?

Sí; nosotros no sólo las creemos necesarias, sino urgentes. Creados los Médicos forenses en España por la Ley de Sanidad de 1855, esperaron siete años los profesores todos que llegase la hora definitiva de su completa organización, con la que justamente creyeron que cesaría para siempre la anómala situación que han venido soportando con desinterés tantos y tantos años. Demostrado hasta la saciedad lo necesario de sus servicios en los Tribunales, los conocimientos especiales de que debe estar dotado el que haya de desempeñar tan arriesgado y difícil cometido, esperaron con razón a que el Gobierno dictase medidas suficientemente sabias para que a los profesores les fueran guardadas las consideraciones debidas a su clase, asegurándose el mismo tiempo la recompensa justa y decorosa de sus buenos servicios, jamás interrumpidos, equiparándolos en esto con los demás funcionarios del Estado.

El adelanto progresivo y constante de la civilización y el perfeccionamiento de las instituciones, su consecuencia, hicieron esperar fundadamente la justa reparación de una clase postergada y desatendida hasta entonces. El Decreto de organización llegó, y con él renacieron las esperanzas, y el Gobierno encontró profesores probos e instruidos que se brindaron a servir las plazas de Médico forense que en los Juzgados de España se creaban.

La Institución es buena y precisa. Pero las reglas tomadas hasta ahora no son suficientes para sostenerla con el esplendor que requiere.

El Reglamento de 13 de mayo de 1862 sólo ha remunerado a los profesores de modo irregular e incompleto, y si no se toman medidas, el Estado se perjudicará.

He aquí las medidas que se proponen:

- 1.^a Evitar el mayor número de actuaciones por mandato judicial.
- 2.^a Evitar el aumento de derechos de arancel.
- 3.^a Evitar la doble actuación de Médico forense y de otros profesores, cuando no sea absolutamente necesario.
- 4.^a Cumplimiento judicial de la exigencia de fianzas o garantías que respondan del pago de costas.
- 5.^a Compatibilidad del cargo con otros.

Se devengan al año 2.800.000 reales. Puede establecerse una dotación fija y decorosa para 38 forenses; suma de los de Madrid y de poblaciones de 30.000 almas en adelante. Pudiendo gozar de los mismos fueros y consideraciones de los funcionarios públicos. Con una escala de sueldos de 8.000 a 14.000 reales.

Sabido es que en las capitales donde radican las Audiencias se da mayor contingente de causas. Con el cálculo que el Ministerio hizo para dotar a los Médicos forenses, se responde favorablemente a los intereses del Estado y resuelve la cuestión económica. Se cambian los derechos de los Médicos forenses de estas poblaciones, por dotación fija y decorosa. Tanto es así, que de 30.000 duros, como mínimo, de los devengados al año, se obtiene 10.000 de economía estableciendo sueldos para 38 médicos forenses (de 3.500 a 2.000 pesetas). Presupuestando 100.000 pesetas, se disminuye esta cantidad con los ingresos que por derechos, en papel de multas, pueden extenderse en los 15 territorios a que aquéllos corresponden (Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Granada, Zaragoza, Albacete, Cáceres, Canarias, Coruña, Mallorca, Oviedo, Pamplona, Burgos y Valladolid).

Año 1864. Es director de *España Médica*, periódico en cuyo seno figura la Sección de Medicina forense, Andrés del Busto López. Vice-director, Pablo León y Luque. Redactores: Juan Querejazu y Hartzembusch, Joaquín Sicilia y Gallego, Manuel Vegas Olmedo, Nemesio López

Bustamante y Pedro Carnicero y Cardiel).

Así vemos la actividad científica de aquellos primeros Médicos forenses.

En el primer número de enero se dice:

“Se conoce nuestro empeño con el que en nuestra aparición al estadio de la Prensa abogamos por la Institución general de Médicos forenses.

Tenemos hoy la grande satisfacción de haber visto realizado nuestro deseo, aunque de un modo incompleto y defectuosos, y por primera vez, un ofrecimiento de la ley, del que tanto se ha dudado: el del pago de los derechos devengados por actuaciones; medio millón de reales ha sido ya entregado a las Audiencias por el Ministerio de Gracia y Justicia para pago del primer semestre del Servicio Médico Forense. Y esto, al fin, es un pequeño triunfo para la clase.

El Servicio Médico Forense, como hoy existe, podrá sostenerse en las grandes poblaciones, acaso en las que son residencia de Audiencia y algunas otras capitales de provincia. Pero se hace, si no imposible, difícil por lo penoso y escasamente remunerado en los Juzgados de segundo orden y casi en todos los de tercero. Y al cabo de algún tiempo, mientras el Gobierno no sepa ser más generoso en las dotaciones para médicos, corre el riesgo este importante Servicio de perder su personal especial, fuera de los grandes centros donde es menos molesto y de fácil observación.”

Y también Vicente Nuño, de Aguilar, en 23 de agosto, escribe: “Que o se arruinan sirviendo al Juzgado, con abandono de sus enfermos, o tendrá que mentir alegando disculpas y escudándose de los requerimientos.”

Y Fabián Maestre y Sánchez, en octubre, expone: “La cuenta presentada al Gobierno de Su Majestad es una cosa, y las que aparecen en los libros de los forenses es otra.”

SUSPENSIÓN DEL ARANCEL CON PERSISTENCIA DEL SUELDO EN MADRID

Real Decreto de 21 de marzo de 1865.- Señora: En la Administración de Justicia venía revelándose hace tiempo una necesidad a que no podía ser, ni fué nunca, indiferente, pero sin que hasta el día haya podido ser eficaz la atención de los Gobiernos. Esta necesidad es la de organizar de un modo ordenado y seguro, y con todos los medios indispensables, el inexcusable ejercicio y

auxilio de las ciencias y artes de curar en las causas criminales.

Y la dificultad es fácil de comprender, sin más que considerar que para la perfección de este sistema de auxilios facultativos es preciso asegurar el concurso simultáneo y perentorio a veces, y siempre además de fácil y eficaz, de la Medicina, de la Cirugía, de la Química y de la Farmacia, no en las grandes capitales y en las cabezas de partido judicial, sino aun en las pequeñas y apartadas poblaciones, adonde quiera que, verificados ciertos crímenes, tiene que trasladarse la Autoridad judicial con sus Auxiliares; dificultades que, con ser tales en sí, todavía vienen agravadas dominada por otra superior, cual es la cuestión económica. No eran menester grandes esfuerzos para convencerse de esta última verdad; pero todavía han venido hechos recientes a demostrarla. Y, ciertamente, sin abandonar la primitiva idea ni el encargo dado años hacía a una Comisión facultativa de organizar sobre bases sólidas y en toda la necesaria amplitud el antedicho servicio; contrariado, pero mal reprimido el celo de anteriores Ministerios, se ensayó sobre el particular en 1862 una importante medida que por sus proporciones no podrá ser sino provisional, y por Real Decreto de 13 de mayo de aquel año se instituyó y organizó en efecto la clase oficial denominada de Médicos forenses.

El propósito no pudo ser más plausible y los resultados por parte del celo profesional y del buen servicio no lo han desmentido. Pero ellos han demostrado también que la Institución debe aún ser ampliada y mejorada en sus medios, si ha de responder en un todo a sus fines; resultado final a que no es dado aspirar mientras no se supere por completo la dificultad económica.

En este punto, la Comisión facultativa de que queda hecho mérito en sus últimos trabajos presentados abriga la misma opinión que el Ministro que suscribe, y es que mientras la Medicina legal, en el sentido de la presente exposición, con la debida ampliación de medios químicos y demás indispensables, no se establezca de modo que se baste a sí misma, sin pensar en el presupuesto del Estado, no se habrá resuelto en este importantísimo servicio la última dificultad; lo cual, por otra parte, es ya un hecho fuera de duda.

Y, efectivamente, por el citado Real Decreto orgánico de 1862 se estableció que cuando por insolvencia de los procesados, o por declararse de oficio las costas y gastos del juicio, no fueran satisfechos los honorarios del profesor, lo sean por el Estado; promesa solemne, pero que necesitaba de la competente sanción legislativa para ser eficaz; como que se resolvía en un gravamen no poco considerable del presunto.

Nació de ello el conflicto que era inevitable, y es que, mientras la laboriosa clase de Médicos forenses reclama la retribución que oficialmente se le ha prometido, los Gobiernos no han podido ni pueden cumplirla, por no hallarse aún legalizado por completo este gasto en la ley de presupuestos.

Y aquí es donde aparece de lleno el conflicto y la verdadera dificultad de la cuestión. No descuidaron los Ministros anteriores, y todo lo contrario, al llevarla al presupuesto supusieron, sin embargo, que con aumentar hasta 600.000 reales el artículo de gastos de Justicia de este Ministerio podría responderse a la obligación que contraía el Estado, y con todo, apenas transcurrido el primer año de constituida la clase, los Médicos forenses, no pudiendo ser satisfechos por el Gobierno, por no bastar para ello la antedicha cantidad autorizada, acudieron a las Cortes reclamando por sus derechos devengados y no satisfechos hasta por valor de ocho millones de reales; y eso sin ser conocidas aún todas las liquidaciones del año vencido.

Por esa proporción correspondería llevar hoy al nuevo presupuesto para 1865 a 1866 la cifra de 26 millones de reales por servicios fenecidos; y además, la de 12 millones, por lo menos, para el servicio corriente, e igual cantidad luego en los años sucesivos, sobre todo si el personal hubiera de organizarse, más bien que sobre la base de derechos procesales a dotación fija.

Y sí es evidente que la situación del Tesoro no podría hoy ser agravada con este gasto, pero no lo es menos que el actual estado de cosas no puede continuar. No es decorosamente sostenible que una clase profesional numerosa tenga solamente prometida su justa retribución; que parezca, por tanto, poder reclamarla con derecho, y que, sin embargo, los Gobiernos no pueden de modo alguno satisfacerla, por no estar, como queda dicho, legitimado este gasto.

Fundado por estas razones, el Ministro que suscribe, al par que se propone no levantar mano hasta organizar del modo más eficaz posible el mencionado servicio, tiene la honra de someter a la Real aprobación de Vuestra Majestad el siguiente proyecto de Derecho.- Lorenzo Arrazola":

1.º Se amplía la suspensión de los efectos del artículo 29 (Real Decreto del 62) a todos los Juzgados.

2.º El importe de los derechos devengados hasta la fecha se incluirá sucesivamente en el presupuesto de gastos del Ministerio de Gracia y Justicia a medida que las necesidades del Tesoro lo permitan.

3.º Queda en vigor la dotación fija de los Médicos forenses de Madrid, los cuales, además de sus cargos personales, constituirán un Cuerpo que, en el círculo de su acción y posibilidad, desempeñará cualquier Servicio médico legal que los Jueces y Tribunales del Reino le encomiende.”

Don Lorenzo de Arrazola fué gran jurisculto, llegando a la presidencia del Tribunal Supremo. Como político: senador, Ministro de Gracia y Justicia siete veces (tres de Estado) y Presidente del Consejo.

En junio de este año (1865) se otorga a Juan Ortega la concesión de un ferrocarril servido con fuerza animal que desde la plaza del Progreso termine en la Dehesa de los Carabancheles, pasando por el Puente de Toledo. Tendrá coches mixtos de I, II y III, así como un vagón para mercancías. Precisándose una cuadra de 30 caballos.

En la línea que hoy interesa al Servicio Médico Forense en relación a reconocimientos en la Cárcel Provincial (Carabanchel).

1865. *España Médica* publica informe médico forense sobre un caso de Miranda de Ebro, por Telesforo Rodríguez Sedano y Raimundo Palacios, cuyos extremos eran:

1.º Si el mudo, a quien llaman Manuel, lo es efectivamente; y en caso afirmativo, cuál es la causa próxima de su mudez.

2.º Supuesta la mudez, qué influencia puede tener su estado en el grado de desarrollo de sus facultades intelectuales.

- Se publica el libro de actas (que costaba 20 reales) del *Congreso Médico español*, habido en septiembre de 1864, cuya ponencia era “Criterio de la libertad moral en la perpetración de un delito”. Y se anuncia el Congreso para 1866, también con una ponencia médico-forense: “¿Qué reformas exige el Código penal vigente considerado desde el punto de vista médico?”

20 de mayo de 1865.

Comisión de Médicos forenses de partido, en solicitud al Congreso de los Diputados, presidida por *Pérez Blanco*:

Al Congreso: Los médicos forenses, como funcionarios, fueron creados por ley de Sanidad de 28 de *noviembre* de 1855.

Según la misma, se nombró una Comisión, que redactó un *Reglamento*, que aprobó el Consejo de Sanidad, el Ministerio de la Gobernación, el de Estado y el Ministerio de Gracia y Justicia.

Por Real Decreto de 13 de mayo de 1862 se publicó el mencionado Reglamento, para que rigiese desde 1 de octubre del mismo año y con sujeción a que se dieran los Reales nombramientos para todos los Juzgados de España.

Por el artículo 29, el Gobierno aseguraba el pago de los honorarios devengados con arreglo al Arancel dado al efecto en todas las causas de partes insolventes o de oficio.

Sólo ha pagado, desde la publicación del Decreto de 1862, a los Médicos forenses de partido un semestre, adeudándoles hasta la fecha crecidas cantidades y los de las capitales incluso aumentando sus gastos de viajes, sosteniendo fuera de la residencia para acudir en servicio a otros Juzgados.

Cuando el Gobierno ha visto las cantidades adeudadas, cada vez en mayor aumento y el presupuesto consignado era insuficiente, en vez de aumentarlo según las necesidades lo requieren, por Decreto de 31 de *marzo* de 1865 suspende el artículo 22, para los efectos del pago (si bien reconoce en el presupuesto la partida que debía existir para irlos amortizando), deja a 500 profesores en abandono, agotadas sus reservas, a pesar de su generoso desprendimiento durante dos años y medio; si no acuerda el Congreso partida suficiente para extinción de los créditos de servicios prestados y para poner sueldo como medida preventiva, económica y favorable al Tesoro, como a los de Madrid, a los Médicos forenses que existan en las catorce capitales donde hay Audiencia.

Estas cantidades pueden resarcirse cobrando el Estado por su cuenta, en papel de multa, los derechos que los médicos forenses devenguen en las causas de partes solventes.

Se pide al Congreso que en atención a haberse puesto sueldo a los Médicos forenses de Madrid, por ser más beneficiosa para el Estado que el pago de derechos por cuenta del mismo, y atendiendo a haber quedado suspenso, para los efectos del pago por el Estado en causas de insolventes y de oficio el artículo 29 del Real Decreto de 13 de *mayo* de 1862, dado en cumplimiento de la Ley de Sanidad, con cuya medida quedan en situación deficiente los Médicos forenses de España, acuerde el Congreso la partida de 500.000 reales, de los que 300.000 se dedican a la extinción de créditos por servicios prestados, y 200.000 para pago de Médicos forenses de catorce capitales en que hay Audiencia y que no están

a sueldo; sobre ser de justicia, se resolverá la cuestión económica en favor del Estado.

Nota entregada por la Comisión (como arreglo total o parcial) a los señores Subsecretario y Ministro de Gracia y Justicia, el 29 de mayo, adjunta a la anterior:

Suprimido el artículo 29 del Real Decreto de 13 de mayo de 1862, para los efectos del pago de honorarios por el Estado, por disposición del Real Decreto de 20 de marzo de 1865, y habiéndose ofrecido en el preámbulo de este último que el Ministerio se ocupará con “preferencia asiduidad de la definitiva reorganización”, y teniendo en cuenta que ésta puede tener efecto con economía para el Tesoro sustituyendo a los derechos de arancel una dotación fija, reintegrándose en parte de aquéllos por medio del papel de multas, como se hace en la Corte, se somete a la consideración de vucencia las siguientes cifras ...

10 de octubre de 1865.

Los Médicos forenses de Madrid se ofrecen al Regente de la Audiencia durante la epidemia colérica reinante (ya que son necesarios médicos para auxiliar a los de la Beneficencia Municipal en la asistencia a los atacados) a condición de que sus servicios han de ser gratuitos y compatibles con el cargo de Médico forense.

Quedan suspendidas las autopsias por muerte natural. Se ordena no se acumulen los cadáveres en la sala de autopsias del Hospital General.

28 de enero de 1866.

Excelentísimo señor Alcalde corregidor, Presidente de las Juntas de Beneficencia y Sanidad municipales:

Los que suscriben, Presidente y Secretario del Cuerpo Médico Forense de esta Corte y en representación del mismo, a V. E. hacen presente que el día 9 de octubre del pasado año, con motivo de la epidemia reinante de cólera, y en ocasión de necesitarse personal facultativo en la Beneficencia Municipal para atender a los importantes servicios que ésta prestó en dicha época, se ofreció a V. E. espontánea y gratuitamente el Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid para asistir coléricos y desempeñar cuantos servicios se les encomendasen, sin perjuicio de los que les son propias al lado de los Tribunales de Justicia.

Que, aceptado el ofrecimiento, empezaron sus individuos a prestar servicio el día 13 de dicho

mes, terminando el 13 de noviembre, justamente un mes, cuando ya las Juntas creyeron no ser necesarios.

Por tanto, solicitan certificado en que consten estos servicios espontáneos, gratuitos y oportunos.

El *Siglo Médico* (cuya publicación comenzó en 1854), y que hemos alcanzado en nuestros días hasta el triste fallecimiento de su último director, Dr. Cortezo), en su tomo XIII (de 1866), refiere:

Han sido agraciados con la Cruz de Beneficencia los Médicos forenses Carnicero y Llopis, así como D. Mariano Benavente, por los servicios prestados en la epidemia de cólera. Y D. Melchor Sánchez de Toca, con el título de marqués (noviembre).

En 8 de mayo de 1866 se ratificó a favor de España Médica el nombramiento de periódico oficial del Cuerpo.

28 de octubre de 1866 .

Como Teniente mayor de Cura de la Parroquia de San Sebastián, de esta Villa de Madrid, mandé dar sepultura en el día de la fecha al cadáver de *Juan de Querejazu*, natural de Madrid, de treinta y seis años, soltero, hijo de Lorenzo y Magdalena Hartzembusch; vivía en Relatores, 15, principal. Falleció en 28 de octubre de 1866, de una laringitis, según certificación facultativa. No testó y fueron testigos de su defunción José María Núñez y Joaquín Morales, dependientes de esta parroquia.

“El Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid faltaría al más sagrado de sus deberes si en momentos tan solemnes dejara de consignar de un modo claro y terminante cuán profundo pesar siente por la pérdida irreparable del que fué su Presidente por unanimidad desde el 16 de julio de 1863 hasta la fecha.

Las virtudes que le adornaban, su bondad, la dulzura de su carácter, su inteligencia y profundos conocimientos en la especialidad que cultivaba son otros tantos títulos que hace para esta Corporación imperecedera su memoria, así como para su familia las cualidades de buen hijo y caritativo hermano, y para la sociedad las de tierno amigo y honrado ciudadano.

Sirva, pues, para sus desconsolados padres y hermanas de bálsamo en su justo dolor el testimonio de nuestro cariño al malogrado compañe-

ro *Juan de Querejazu* y la seguridad de que eternamente vivirá su memoria en nuestros corazones.”

- Fueron elegidos, el 13 de noviembre, presidente: *Goicoechea*; secretario: *Luque*.

- León y Luque, en la primera sesión que preside, 12 de noviembre de 1866, estimula la confección de estadística; la conservación de piezas anatómicas; la reunión de cuerpos vulnerantes para ir constituyendo un museo sobre la base del que había empezado *Querejazu*, y la utilidad que pudiera reportar el que cada cual escribiera un trabajo acerca de alguna de las cuestiones difíciles de la práctica forense, o sobre puntos de ciencia relacionados con la especialidad a que se dedica la Corporación, todo lo que podría servir para dar vida de relación al Cuerpo.

- El padre de *Querejazu* repartió la biblioteca e instrumental de su hijo entre los compañeros de Corporación. Estos dedicarán al recuerdo de su presidente una lápida para el panteón (la realizaron en Alcalá, 40, y costó 410 reales. Estuvo terminada para el 6 de septiembre).

- El 31 de diciembre de 1866 participa Busto la suspensión de *España Médica*. Era el periódico oficial de la Corporación. Se acordó que no habiéndose de publicar trabajos corporativos, ni existiendo asuntos particulares que exigieran sostener polémicas no era indispensable la designación de un periódico oficial.

Se dio cuenta de los gastos que se habían verificado para el arreglo de la habitación; se compró un cuadro, de marco dorado, con el retrato de la Reina, un dosel, cerradura con 12 llavines, cortinilla. El importe fué satisfecho, a partes iguales, correspondiendo a cada uno 32 reales.

- El 11 de marzo de 1867 fallece *Goicoechea*, Secretario de la Corporación. Igualmente se honra su memoria ante el sentimiento familiar. Tenía panteón de familia.

Carnicero le sigue en las funciones de Secretario.

REVOLUCIÓN DE SEPTIEMBRE DE 1868

Prim regresa de Londres y en aguas de Cádiz se entrevista con Topete. El día 18 arenga a la Escuadra al grito de “Isabel ha dejado de reinar”. Desembarcan el 19. Y yendo hacia Madrid, a la altura de Alcolea, se enfrenta con las fuerzas rea-

listas de Novaliches, a quien vence y hiere el día 28. El 30 sale de España, para Francia. Isabel II. Así termina su reinado de treinta y cinco años (a los trece del establecimiento de los Médicos forenses). Monarquía “tan accidentada como falta de grandezas” (Zabala: *España bajo los Borbones*).

NUEVO PERIODO POLÍTICO

15 de junio de 1869. El Regente, general Serrano, duque de la Torre, encarga a Prim de la formación de Gobierno.

El 1 de julio se representa en la Zarzuela *Jugar con fuego*. En el Teatro de Verano o Circo de Paúl, *La mosquita muerta*, *El viejo y la niña*. En el Circo de Price (sito en el paseo de Recoletos), la compañía ecuestre y acrobática presenta la pantomima *El bandido de las montañas de Calabria*, con el gran salto del puente cortado. En el Jardín del Buen Retiro hay concierto, y cuesta la entrada cuatro reales.

El día 3, Decreto estableciendo normas para nombramiento, traslado, ascenso y separación de Magistrados y Jueces. Queda derogado el día 15.

El 30 de julio, por orden del Regente, se suprimen los haberes de los Médicos forenses, por no aparecer comprendidos en el artículo 1.º, capítulo VIII, del presupuesto del Ministerio de Gracia y Justicia para el año económico 1869 al 70. Los médicos, sin embargo, prosiguen en sus puestos ínterin las Cortes resuelven el presupuesto de gastos.

Y se hacen rebajas en las plantillas ministeriales. Un aspirante a oficial de la Administración percibirá 1.250 pesetas; el oficial de primera, 3.500; el jefe de primera, 6.000; el jefe de Administración de primera, 8.750, y el jefe superior de Administración, 12.500.

1 de septiembre de 1869. Nota al Subsecretario, al Ordenador de pagos y al Ministro de Gracia y Justicia para ser incluidos en los presupuestos de 1870-71 los haberes de los Médicos forenses de Madrid:

Sueldo anual, 10.000 reales. Teniendo en cuenta: la disminución por descuento del 5 por 100, 500; habilitado, 160; gratificación a mozos que ayudan en la autopsias, 170; reposición y conservación de instrumentos, 40; lavado de toallas, 10; desinfectantes, 40; frascos para recoger líquidos que han de analizarse, 12; bujías, papel,

plumas, tinta y demás para la Corporación y al mozo de limpieza de la sala, 80. Suman 1.012. *Quedan líquidos a percibir 8.988 reales.* De cuya cifra aún pudiera deducirse el gasto que necesariamente tienen que hacer de carruaje cuando, con harta frecuencia, hay que trasladarse y en poco tiempo a los puntos más extremos de la población y de sus afueras, quedando, por lo tanto, reducido el sueldo a una cantidad insignificante, tratándose de servicios para cuya prestación son indispensables conocimientos facultativos especiales. (*León y Luque.*)

1870. De la Memoria sobre el estado de la Administración de Justicia, observado en la visita de la Audiencia (Magistrado, Sr. Palma):

Cuerpo Médico Forense:

Al hablar del estado actual de la Administración de Justicia en los Juzgados de Instrucción, voy a permitirme, eminentes señores, decir algo de un poderoso auxiliar de aquélla, en general poco conocido y apreciado, pero de gran valor y del que no es posible en manera alguna prescindir, puesto que en las muy importantes y numerosas causas de lesiones es, por decirlo así, el verdadero juez, toda vez que su autorizada voz guía a los Magistrados y al Ministerio Fiscal en la aplicación de las penas. Hablo del Cuerpo Médico Forense en general, y particularmente del de Madrid.

Poner en tela de juicio hoy la importancia de los Médicos forenses es de todo punto imposible, puesto que sentida por mucho tiempo teóricamente la necesidad de esta Institución, la práctica de quince años en esta población ha venido a demostrar su importancia y necesidad.

Excusado sería entrar en detalles, sabidos de todo el mundo, repitiendo de nuevo cuantas valiosas razones se han dado en pro de este Instituto; bástame decir, como interés de todos, que desde el momento que en los Tribunales han de ventilarse cuestiones que no son de competencia del Ministerio Fiscal, ni del Juez, ni del Magistrado, por estar basadas en apreciaciones científicas del orden médicoquirúrgico, son de absoluta necesidad asesores de los mismos en asunto tan importante, cualificadores, digámoslo así, de una parte del delito, del tangible o material, y constituyen, valiéndome de una expresión figurada, la parte de cerebro médico que falta al Ministerio Fiscal. No son meros peritos que instruyen al Tribunal sobre hechos de orden secundario, son inteligencias que contribuyen con su ciencia, con su arte y hasta con sus apreciaciones propias, basadas en las leyes de la naturaleza coordina-

das por la ciencia al mejor y más pronto esclarecimiento de verdad en casos tan intrincados y difíciles como, por regla general, son los de Medicina legal.

He aquí por qué, teóricamente lo comprendemos y prácticamente lo tenemos observado, es de absoluta necesidad que el personal sea de antemano determinado, porque dicho se está que no es ni puede ser indiferente al que sea administrador de recta justicia que el funcionario de que debe asesorarse en estos casos, tenga o no bastantes conocimientos en la materia, sea más o menos escrupuloso de conciencia; circunstancias todas que en lo afirmativo son absolutamente precisas en el que haya de desempeñar tan importante cargo y que a la vez sean bien conocidas y apreciadas del que ha de poner en él su confianza; lo cual no sería fácil de reunir y conocer, si todos los individuos que pertenecen a la clase médica interviniesen indistintamente o por turno, como algunos quieren, en el desempeño de tan espinoso cargo.

Y decimos espinoso, porque, además de los conocimientos teóricos y prácticos, así generales como especiales que requiere, deben tener conocimiento profundo del modo de funcionar nuestros Tribunales para poder redactar la diversa y nada escasa especie de documentos que todos los días se exigen, según la naturaleza de los casos; una constancia, una rectitud de juicio y una irreprochable conducta moral, que sólo se puede estar seguro de tener cuando el hombre halla premio a su trabajo y consideración para su nombre.

Todas estas cualidades, en cuanto es posible, se hallan comprobadas en los individuos que componen en la actualidad el Cuerpo de Madrid, y yo me hago un deber de conciencia al manifestarlo así a V.E., pues quince años de extremada laboriosidad, inteligencia suma e irreprochable conducta, les dan derecho a nuestro reconocimiento y al de la sociedad entera.

He dicho que son un poderoso auxiliar de la Administración de Justicia, y así me lo ha demostrado la visita practicada a los Juzgados de Madrid, pues en ella he tenido ocasión de ver más de una vez la manera de desempeñar su cometido y el interés que todos los días manifiestan, ayudando con entera buena fe a la averiguación de los delitos, sin ser rémora ni obstáculo para el pronto y buen desempeño de la Administración de Justicia, a pesar de que en muchas ocasiones tiene que suplir su buen deseo e inteligente actividad, defectos de organización y falta de medios materiales.

Practica cada cual en su Juzgado (pues son en número de diez) cuantos reconocimientos, visitas, autopsias y demás ocurren en el mismo, siendo, por desgracia tal el número a que ascienden estas actuaciones, que, unidas a las declaraciones que prestan de cada uno de estos servicios, no baja ningún año de 12.000, de las que 500, por lo menos, son autopsias.

Y careciendo de suplentes y siendo preciso, según la Ley, que los documentos que causan estado vayan firmados por dos individuos, se auxilian cada dos, esto es, cinco a los otros cinco, y viceversa.

Igual servicio prestan en sus respectivos Juzgados municipales, interviniendo en los juicios de faltas para fijar la competencia de los Jueces en la cuestión de lesiones por la duración de las mismas, necesidad de asistencia o impedimento para el trabajo, sin cuya preliminar resolución no es posible al Juzgado municipal conocer de tales asuntos.

Nada deja desear este Servicio en los Juzgados, vista la organización metódica y uniforme que ellos mismos le han dado, puesto que poco hay prescrito sobre el asunto, y ojalá pudiéramos decir otro tanto del local que se les tiene designado para practicar las autopsias en el Hospital General, que hemos tenido ocasión de conocer, y el cual es malo a todas luces; pues además de no reunir las mejores condiciones sanitarias, es incómodo por lo lejano que se halla del centro y de los Tribunales, no tiene condiciones bastantes de seguridad por entrar en él muchas personas, sobre todo jóvenes, que se dedican al estudio de la Anatomía práctica, y porque a la par de no ser fácil, que se guarde el sigilo que la Ley reclama en las actuaciones que se hallan sub-judice, como son las que en él se practican, favorece poco a la Administración de Justicia, pues se halla ignorado en el fondo más recóndito del Hospital General y la exposición cadavérica no tiene lugar ni es fácil la identificación de los cadáveres hallados en la vía pública.

Además, los servidores del indicado departamento son los sepultureros, que tienen sus ocupaciones especiales y no la obligación directa de servir a la Justicia ni a sus delegados, y para conseguirlo, éstos necesitan sacrificar de su cortísimo e insuficiente sueldo algunas cantidades como recompensa al servicio mecánico que aquéllos prestan.

El instrumento de pertenencia del Gobierno se halla en el estado más lastimoso que puede concebirse por falta de recomposición y renovación, que sería fácil mejorar por una insignificante cantidad, así como dotar el departamento de toallas,

jofainas, frascos, cloruro de cal, etc., de que carece por completo en la actualidad, pues la mano destructora del tiempo se ha encargado de hacerlos desaparecer poco a poco.

¡Abnegación grande se necesita para practicar las numerosas autopsias judiciales en tal desventajosas condiciones, con sacrificio de sus propios intereses y aun con riesgo de su salud, sobre todo en las estaciones calurosas!

Aquí terminaría esta ligera exposición de lo que son y valen los Médicos forenses de Madrid para la Administración de Justicia, si no fuera porque aún hay que mencionar otros servicios no menos importantes que prestan, a saber, los de Corporación.

Según Decreto de 20 de marzo de 1865, los de Madrid, exclusivamente, constituyen un Cuerpo con la obligación de desempeñar, sin retribución alguna por ello, cuantos servicios medicolegales le sean encomendado por todos los Jueces y Tribunales del Reino en el círculo de su posibilidad; esto es, constituyen una Corporación consultiva de que se valen la Audiencia de Madrid y todas las demás, así como los Jueces de toda España. Consultas y dictámenes sobre diferencias de apreciación y dudas de los Tribunales: he aquí el nuevo y difícilísimo trabajo que todos los días desempeñan. Para ello, es verdad que el excelentísimo señor Presidente les ha signado un local en el nuevo Palacio de Justicia, pero es sensible carezcan del material de Jueces y gastos de Secretaría, corto, sí, mas no por eso menos necesarios.

Por si aun no hubiera trabajo sobrado con todo esto, para hombres que desempeñan una profesión, se hallan en los días de Guardia, de día y de noche a disposición de los Juzgados, y practican cuantos reconocimientos se les encomienda en jubilaciones, asuntos civiles, etc. ¡Con cuánta razón creemos haber dicho que eran verdaderos y utilísimos Auxiliares de la Administración de Justicia, de imprescindible necesidad hoy en los Tribunales de Madrid y dignos de ser recompensados y atendidos en su carrera! La virtud debe ser siempre premiada.

Existe otro servicio, asaz importante en la Administración de Justicia, y que, como el anterior, es imprescindible y de suma entidad. Nos referimos a los análisis químicos en casos de envenenamiento, el cual, en la actualidad, no se verifica en manera alguna, por no haber quien quiera desempeñarlo al no concederse la debida retribución y el resarcimiento de los gastos de material, reactivos, etc. Circunstancia, tanto más sensible, cuanto que son ya en número respetable las causas que así en los Juzgados de la

población, como en el territorio y demás, se hallan paralizadas por falta de este esencialísimo requisito, sin que sea dado cumplimentar los exhortos que al efecto y con tanta frecuencia se reciben.

Creo que este servicio debiera ser nuevamente planteado como se hallaba hacer dos años; estos es, servido por un Farmacéutico dotado y a quien se abonaran los gastos de material, pues de otro modo será difícil hallar quien voluntariamente lo desempeñe, irrogándose, por tanto, a la Administración de Justicia y a la sociedad en general perjuicios evidentes.

EL 25 DE JUNIO DE 1870, ISABEL II ABDICA LA CORONA A FAVOR DE SU HIJO ALFONSO

Prim se opuso a esta restauración, ofreciendo el Reino a Amadeo, quien, aceptando, se le nombre Rey el 16 de noviembre. Prim es asesinado en diciembre. Al fin, el partido alfonsino, engruesado por los afines a Cánovas del Castillo, lograría la entrada en Madrid del Rey Alfonso XII el 14 de enero de 1875, y quien había de morir en el Palacio de El Pardo el 25 de noviembre de 1885, asistido por el doctor Camisón.

Don Antonio García Fernández, Secretario del Decanato de Jueces de Primera Instancia, de Madrid, a 18 de julio de 1870, con el visto bueno del Decano (Mendivi):

Certifica: Que los Médicos forenses Dres. José Mediano, Nemesio Carabias, Juan Boada, Joaquín Llopis, Nemesio López Bustamante, Mariano Esteban Arredondo, Joaquín Sicilia, Pedro Carnicero y Pablo León y Luque, han continuado desempeñando su cargo durante el año económico 1869-70, a pesar de no haber disfrutado sueldo ni retribución alguna y continúan en la actualidad con igual celo e interés, tanto en su servicio personal de los Juzgados de Madrid como en el de la Corporación, que les fue impuesto por Decreto de 20 de marzo de 1865.

15 de octubre de 1870.- Acuerdo de la Sala de Gobierno de la Audiencia de Madrid:

Para los análisis químicos se nombrarán dos profesores farmacéuticos en cada caso particular, adquiriendo los reactivos y demás medios materiales y mecánicos, ya arbitrando fondos de los destinados a gastos de Justicia, ya por la forma y modo acordado para suplir gastos de autopsias.

3 de noviembre de 1870.- “Excmo. Sr. Ministro de Gracia y Justicia:

Los individuos del Cuerpo Médico Forenses de Madrid, con el debido respeto, hacen presente:

Que por virtud de economías propuestas y llevadas a cabo en el año económico actual, ha quedado reducida su dotación desde 2.500 pesetas que venían disfrutando, a 1.500, de las que, deducidas el 10 por 100 para el Tesoro y los gastos de material que forzosamente se ven precisados a suplir por no haber recaído determinación alguna en el expediente formado al efecto, les resta tan exigua cantidad, que es de todo punto insuficiente para atender a sus más precisas necesidades.

Las consideraciones de lo escasamente retribuido que ha quedado este Servicio, para el que son precisos conocimientos facultativos especiales, que sólo se logran con una larga práctica médico-legal, la enorme desproporción que resulta, si se compara la economía introducida en estos sueldos con los de las demás clases de la Administración de Justicia, pues a nadie, que sepamos, le ha correspondido descender más de una tercera parte; la circunstancia de que en esta carrera no hay compensación ni se hallan determinados ascensos ni premios de la situación actual, estas consideraciones quedan a un lado.

Así que, fundados en la enorme desproporción en que se ha hecho la economía de sus sueldos, en la insuficiencia de éstos, terriblemente mermados con el descuento general, mas el del gasto de material que se ven precisados a suplir; en la ninguna compensación obtenida, en cambio, de lo que han perdido de sus haberes; en hallarse cerrado el escalafón por no haber ascenso ni premio determinado en esta carrera, por muchos que sean los años que en ella se tengan y los servicios que se presten.

A V.E. piden, confiados en su ilustrada justificación, se sirva disponer que en el presupuesto 1871-72 se consigne el aumento de 1.000 pesetas en el sueldo de cada uno, restableciendo así, como es de justicia, las 2.500 pesetas que disfrutaron anteriormente”.

El 13 de diciembre de 1870 se publica el Reglamento de la Ley del Registro Civil (promulgada el 17 de junio), y contiene su artículo 63:

“En vista del parte de fallecimiento y de la certificación facultativa, y no existiendo ningún indi-

cio de muerte violenta, el Juez municipal mandará extender inmediatamente el asiento de defunción, y terminado que sea, expedirá la correspondiente licencia para que pueda darse sepultura al cadáver en cuanto hayan transcurrido veinticuatro horas a contar desde la del fallecimiento, consignada en la certificación facultativa, a menos que hubiere de presenciar el reconocimiento del cadáver, en cuyo caso expedirá dicha licencia después de este acto.”

Por tanto, cuando la muerte es natural y prevista, sin problema alguno judicial, el médico asistente certifica en el documento adecuado la defunción. Este certificado va la Juzgado Municipal, a su Sección Registro Civil, cuyo médico del referido Registro visa el documento, previo reconocimiento del cadáver. Si todo, como es lo corriente, aparece y está en regla, se dan curso a las órdenes o autorización de enterramiento. Si el referido médico del Registro encuentra algún signo sospechoso, en ocasiones heridas, contusiones, quemaduras en las manos o en la cara, y sin estar referidas y justificadas en el lugar “Observaciones” del certificado, o aunque los refiera, no los encuentra muy explicables; y por si pudiera ocultar algún delito, se inhibe, no da su visto bueno, no se autoriza el entierro; el documento se eleva, con expresión de motivos, al Juzgado superior, en donde se ordenan las actuaciones de los Médicos forenses.

2 de enero de 1871.- “A D. Segismundo Moret, Ministro de Hacienda:

Se remite a V.E. nota detallada del local que necesita el Cuerpo Médico Forense de esta Corte, en el edificio que se está habilitando para Palacio de Justicia, satisfaciendo así su deseo y quedando por ello reconocido.

Los Médicos forenses de Madrid prestan dos clases de servicios: el *individual* en cada Juzgado, con arreglo a lo dispuesto en el Real Decreto de 13 de mayo de 1862, artículo 2.º, y el de la *corporación*, que preceptúa el artículo 24 y la Real disposición de 20 de marzo de 1865.

Necesitan, pues, una sala para practicar los reconocimientos de aquellos heridos que pueden salir de sus casas o no están en hospitales, cárceles, etc., con buena luz natural, regular capacidad, fácil ingreso e independiente de todo departamento de otro género para que puedan desnudarse los lesionados de ambos sexos sin ser vistos más que por el profesor o profesores designados al efecto.

Esta sala puede servir a la par de punto de reunión y espera de los médicos para conferenciar entre sí y extender documentos, estando reducido su mobiliario al suficiente número de sillas, un pequeño aparato de curación, una mesa escritorio y servicio para lavarse.

Para la Corporación precisa una sala de sesiones que se comunique con la anterior, y en la que han de tener lectura los dictámenes medicolegales y su discusión, así como las Juntas de gobierno para el servicio interior del Cuerpo. Dicha sala debe ser lo suficientemente espaciosa para contener a los doce individuos que componen sus dos Secciones médica y química, y, además, a los señores Jueces y Fiscales que gusten asistir; en la inteligencia que esta localidad tiene un pequeño estrado para la presidencia y secretario, y sobre el cual se eleva un dosel con el retrato de S. M. el Rey, completando el mobiliario suficiente número de sillas y dos pequeños armarios para archivo, instrumentos y objetos coleccionados de Medicina forense.

Con estos dos departamentos, en comunicación uno con otro, quedan perfectamente llenas las necesidades de esta Corporación dentro del Palacio de Justicia, pues si bien necesitan de una manera imperiosa que se les construya una capilla expositora, depósito judicial de cadáveres con su sala de autopsia, por ser inmundo el que hoy usufructúan, éste tendrá que hallarse fuera del Palacio, y no es objeto de la pregunta que el señor Ministro de Hacienda se digna hacer.”

18 de enero de 1871.- Nota entregada al señor Ministro de Gracia y Justicia: Ulloa:

“El Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid, creado según Ley de 1855, fué organizado definitivamente por el Real Decreto de 13 de mayo de 1862 y 31 de marzo de 1863, disfrutando cada uno de sus diez individuos 10.000 reales de sueldo.

Con motivo de economías, en 1 de julio de 1869 se les dejó cesantes de sueldos, aunque no de destino, hasta el 1 de julio de 1870, en que, considerando que habían seguido prestando su servicio sin interrupción y que las economías de los Juzgados de Madrid, casi puede decirse que habían quedado reducidas a los indicados médicos, les concedió por equidad el Sr. Ruiz Zorrilla los 6.000 reales de sueldo que en la actualidad disfrutan, reducidos a 5.000 por el descuento y el gasto de material, que no se les abona.

Esta Corporación es imprescindible hoy para los Tribunales por la importancia de su índole, como tiene demostrada la experiencia de quince años, y, por tanto, se pide una reparación de los perjuicios sufridos en esta carrera, deseando que el señor Ministro de Gracia y Justicia consigne en los presupuestos, por medio de nota adicional, puesto que se hallan todavía en Hacienda, la cantidad necesaria para que vuelvan a disfrutar el sueldo de 10.000 reales que tenían antes.

El Negociado del Ministerio, la Ordenación de Pagos y la Memoria de la Audiencia sobre la reciente visita hecha a los Juzgados, podrán suministrar datos a V. E. cerca de la justicia de esta petición.”

Fueron a darle las gracias ante el acuerdo favorable de su disposición (6 de marzo de 1871). Para el 1 de mayo de 1872 se repone el primitivo sueldo de 2.500 pesetas.

Real Orden de 16 de septiembre de 1871.- Circular a las Audiencias Territoriales, requiriendo: 1.º Si en todos los Juzgados de Instrucción existen Médicos forenses. Y en su caso, si desempeñan el cargo con el celo e inteligencia debidos.

Resultan en cada uno de los 15 territorios (Tabla I):

Resulta que hay 131 Juzgados de Instrucción asistidos por la competencia médico-forense, y 282 en que el servicio lo cumplen los Médicos titulares de los partidos.

El informe fiscal reflejando los particulares de los distintos Jueces es que los Médicos forenses cumplen con celo e inteligencia, a excepción:

Barcelona.- En Seo de Urgel fué separado por la Junta revolucionaria, y otros tres Médicos forenses del territorio cesaron desde el 20 de marzo de 1865, fecha en que quedó en suspenso el Real Decreto de 13 de mayo de 1862.

En Señorín de Carballino (Coruña) se instruye expediente por ser poco satisfactorios los informes adquiridos.

Algunos del territorio de Granada trabajan con desgana, sin duda por la falta de utilidad en los cargos.

En el territorio de Oviedo, viendo que no se les retribuía, como habían creído, empezaron a renunciar el cargo por el trabajo ímprobo y casi ninguna retribución. Lo que ocasiona lamentables consecuencias. Siendo muy raro encontrar, en caso urgente y complicado, facultativo que reúna las condiciones de voluntad e idoneidad necesarias.

En Palma desempeñan el cargo con celo e inteligencia, a pesar de no recibir retribución alguna. En Ibiza se nota mucho la falta, especialmente fuera de la capital, donde no hay facultativos, y los de aquella zona se excusan.

En Sevilla, territorio, la falta de los Médicos forenses ocasiona perjuicio a los interesados y entorpecimiento en la Administración de Justicia, puesto que los Titulares dedicados a sus clientes rehúsan.

En Cañete es deficiente el servicio, pues el territorio es de quebrantado terreno y se hallan frecuentemente impedidos los caminos por las nieves y lluvias; nunca a negativa de los profesores.

En las Islas de Gomera y Hierro, que forman parte del partido de Santa Cruz de Tenerife; y la de Fuerteventura, que corresponde a Arrecife y se hallan separadas de sus respectivas cabezas de partido por 40 ó 50 millas de mar, carecen de toda clase de facultativos en el arte de curar, lo que ha producido más de una vez conflictos graves a los Jueces por obligar a los del punto de su residencia a trasladarse a dichas islas con el fin de prestar sus servicios.

En Las Palmas, desde la creación del cargo en 1862, lo desempeña hasta hoy, sin más retribución que los derechos de arancel, D. José Bethencourt.

La falta de profesores en algún pueblo de Albacete ha dificultado los servicios, sin que haya habido quejas. Se ha observado cierta nebulosidad en algunas declaraciones facultativas, lo que cree es por el arduo y difícil de caso, contribuyendo quizá, más que todo, a la dificultad del esclarecimiento y a la equivocada o desacertada dirección que algún Juez dio a los procedimientos.

Por esa misma falta (Coruña) de facultativos califica el informe de muy mal servicio. El servicio se resiente extraordinariamente donde por escaso vecindario se carece de facultativos (Zaragoza); en Boltaña sólo hay un Médico forense sin título de cirujano; en Benabarre, por la escabrosidad del terreno y abundancia de nieves en invierno, es muy difícil vencer la resistencia que oponen los facultativos a trasladarse a puntos distantes en que son necesarios su auxilio y cooperación. Dificultad que con frecuencia ofrecen la asistencia de heridos y la práctica de autopsias.

En Zaragoza fueron los primeros Juzgados desempeñados por Médicos forenses; en la capital, el Juzgado de San Pablo y el del Pilar, y en los partidos, Sos y Tamarite.

En Palma, cuatro facultativos, que hacen de Médico forense, sin haber recibido retribución y

tener que costearse de su peculio las caballerías o carruajes para las salidas.

En Valencia, capital, fueron los primeros Juzgados servidos por Médicos forenses los del Mercado, Serranos, San Vicente y del Mar.

	Tienen	Carecen	Total
Albacete	5	29	34
Barcelona	19	19	38
Burgos	4	40	44
Cáceres	3	8	11
Coruña	19	28	47
Granada	12	41	53
Madrid	10	30	40
Oviedo	2	12	14
Palma	4	1	5
Palmas (Las)	1	6	7
Pamplona	1	8	9
Sevilla	25	23	48
Valencia	10	30	40
Valladolid	12	30	42
Zaragoza	4	27	31
Totales	131	282	413

Tabla I. Relación de los 15 territorios, señalando el número de Juzgados de Instrucción donde tienen y carecen de Médico Forense.

2.º Si con respecto a los análisis químicos, ordenados por los Tribunales y Juzgados, se observan sin dificultad las prescripciones de los artículos 19 al 23 del Real Decreto de 13 de mayo de 1862; o si, por el contrario, ofrecen obstáculos de cualquier género a su exacta aplicación.

En algunos sitios hubo que adoptar medidas distintas a las del Real Decreto (Albacete) por el temor de los facultativos a que no se les abonen los gastos. Los análisis se han hecho, según los casos, por Farmacéuticos locales, por el Instituto, por la Academia de Medicina, Cirugía y Farmacia o por el catedrático de Química de la Universidad.

Barcelona. Sólo en algún Juzgado ha ofrecido dificultad, teniendo que remitir a los puntos inmediatos o a Barcelona los objetos que habían de utilizarse, practicando los análisis de Junta Superior Facultativa Forense de la capital; si bien ahora con algún contratiempo por no haberse abonado el importe de los reactivos empleados.

Burgos, desde la publicación del Real Decreto de 15 de abril, no ha habido más inconveniente que la falta de fondos, en algunos casos, para costear la conducción de las sustancias u objetos que hayan de analizarse.

Cáceres. Los pocos análisis que ha habido se han encargado a las Universidades de Sevilla y Madrid, ocurriendo dificultades en la remisión de las vasijas.

Coruña. En algunos casos se encuentran profesores de Farmacia; pero en otros, se excusan, a pretexto de carecer de aparatos y reactivos necesarios; hay que recurrir a la Universidad de Santiago, lo que crea continuos conflictos con el Rectorado, que, en virtud de lo dispuesto en la Real Orden de 16 de enero de 1867, se cree dispensado de ejecutar aquellos análisis.

Granada. Son muy pocos los Juzgados en los que puede hacerse, ya por falta de personal o de reactivos. Se ven en la necesidad de recurrir a las Universidades.

Las Palmas. Salvo en tres o cuatro Juzgados, los restantes tienen que enviar los objetos a la capital o al Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz, por falta de reactivos y aparatos necesarios, sufriendo extravíos en muchos casos los objetos remitidos.

Oviedo. En los pocos casos de envenenamiento, nunca han podido verificarse los análisis en las cabezas de partido, ni aun en la capital, por no haber farmacéuticos en los pueblos, ni los reactivos necesarios. En muchos casos ocurren extravíos lamentables.

Palma. Como no se retribuye tampoco a los profesores de Farmacia, se excusan de practicar análisis.

Sevilla. Los análisis se practican con muchísima dificultad por falta de farmacéuticos y de reactivos, teniendo muchas veces que recurrir a la capital, desnaturalizándose el efecto de la operación por la tardanza. No prestándose los farmacéuticos a realizar los análisis por temor a que no se les abone con brevedad el coste de la operación.

Valladolid. Muy pocos son los Juzgados que cuentan con elementos suficientes para los análisis químicos, haciéndose, por consiguiente, mal, y en muchos casos, no haciéndose. Los procesos suelen eternizarse o tienen que sobreseerse por negarse también la Universidad a la práctica de los análisis. Para evitarse compromisos de un trabajo y gastos de sustancias que tienen que perder. Apetecido resultado de asidua asistencia facultativa a los heridos, y que la Administración de Justicia no hubiera que suspender indefinidamente, como sucede hoy, aun por pequeños motivos, en procedimiento criminal, esperando el resultado de análisis, que se hacen tarde o no se hacen, y de los cuales depende, en ocasiones, la solución de gravísimos problemas.

Valencia. Si bien se observa en algún Juzgado lo establecido, en otros es muy difícil hacerlo por falta de aparatos y pago de reactivos, y es imposible en los demás por falta de medios para llevar a cabo aquellas operaciones, y más que nada por falta de pago de las operaciones, que en muchos casos se pide por anticipado por los farmacéuticos.

Zaragoza. Aun cuando en algunos puntos se llevan a cabo sin dificultad, en otros es imposible verificarlos por carecer de reactivos e instrumentos, teniendo que enviar muchas veces las sustancias y objetos que se hayan de examinar a las Universidades de Barcelona y Madrid. Hay varios expedientes que demuestran las dificultades que existen para el transporte de las sustancias que han de servir para la práctica de los análisis.

3.º Si de las noticias adquiridas y de los defectos se estima conveniente, por la Sala de Gobierno, alguna modificación o reforma para llenar completamente dicho servicio, expresando en su caso las medidas que debieran adoptarse:

Albacete. Valorando por aranceles los trabajos. Nota muy completa de disposiciones para organizar el servicio médico forense. Estableciendo en las principales poblaciones profesores retribuidos por el Estado (auxiliar el Municipio para establecerlos en otras de menor importancia, retribuyéndoles en proporción a los forenses).

Que las sustancias que hayan de analizarse se remitan a las Universidades y a cargo del material de enseñanza los gastos.

Barcelona. Conformidad al Real Decreto de 13 de mayo de 1862, salvo en el nombramiento de funcionarios, ya que pudiera suceder que donde no hay Médico forense y los otros no quisieran admitirlo se facultará al Presidente o a los Jueces para hacerlos obligatorios por dos o cuatro años.

Burgos. Bastaría poner en vigor el artículo 29 del Real Decreto de 13 de mayo de 1862, cuyos efectos quedaron suspendidos por el de 20 de marzo de 1865.

Cáceres. Encargar a los titulares a costa de los municipios.

Para los análisis nombrar un farmacéutico en la capital de cada Audiencia, con los aparatos y reactivos precisos, ayudado de otro adjunto. Reservando la remisión a Madrid de operaciones más difíciles. Y obligar a la Administración de Correos al traslado de los envases.

La Coruña. Anunciar las vacantes de Médicos forenses.

Exigirse de un modo terminante a las Universidades como obligación precisa la práctica de

cuantos análisis se les encomienden, haciendo los Jueces directamente el envío para evitar retrasos. O nombrar en cada capital de Audiencia a un químico para realizar los análisis bajo las bases que se estipulen.

Al Médico y al Farmacéutico debería nombrarse un agregado que interviniera en todas las diligencias.

Oviedo. Los Médicos forenses no están convenientemente retribuidos; deberían hacerlo aún con mil a tres mil reales a cargo de los pueblos o del Estado, de lo que se podría reintegrar de las causas criminales en que intervinieran.

En cada capital con Audiencia establecer un Centro con los medios y reactivos necesarios a cargo de los fondos provinciales. Que se forme una Academia que tenga a su cargo este servicio.

Expresar terminantemente de quién es la obligación de conducir cajones que contengan sustancias para los análisis, exigiendo la correspondiente responsabilidad en caso de extravío no justificado. Los Jueces que retengan la mitad de los envases para acudir a ella en caso fortuito.

Palma. Para evitar los obstáculos que se ofrecen por los profesores médicos y farmacéuticos convendría poner en vigor el arancel de 13 de mayo de 1862, satisfaciendo los derechos el Estado cuando la parte condenada fuere insolvente.

Las Palmas. Nombrar Médico forense donde no lo hay, pagando los pueblos las dotaciones (1.500, en Guía, Orotava, La Palma y La Laguna; 2.000, en Arrecife, y 2.500, en Santa Cruz de Tenerife).

Nombrar dos farmacéuticos en cada capital de la Audiencia abonándole con anticipación los gastos. Pudiera unirse en cada causa nota de honorarios o de gastos para acreditarlos.

Sevilla. Cubrir las vacantes de Médicos forenses señalándoles remuneración debida.

El abono de reactivos por los municipios o por el Tesoro de provincia, con la justificación correspondiente.

Valencia. Reformar el Servicio Médico Forense como está en Madrid: con examen previo y retribuidos por el Estado con la dotación proporcional a la categoría del Juzgado. Asignarles, en el capítulo de material, la cantidad necesaria para adquirir instrumentos para las autopsias y dependientes para la traslación de cadáveres.

Puede subsistir, para los análisis, la Sección Consultiva Superior, constituyendo una en cada partido, con la dotación necesaria para aparatos y reactivos.

Valladolid. Ya que el estado de la Hacienda no

permite tener Médicos forenses con dotación fija, propone, como medida transitoria, que cada pueblo contribuyese con 100 a 400 reales (teniendo presente que el mínimo de cada partido son 20), se reuniría una cantidad suficiente para retribuir al Médico forense y dedicar una cuarta parte el abono de farmacia, cuidado de heridos, reactivos y demás elementos necesarios.

Zaragoza. Nombrar Médico forense retribuido, siempre a las órdenes del Juzgado. El Estado podría reintegrarse percibiendo, en papel sellado, los derechos devengados. O recordar a los titulares la obligación de desempeñar el servicio, sin excusa ni pretexto.

Nombrar dos profesores de Farmacia con asignación fija y para gastos, reintegrándose el Estado en la forma que se propone con los Médicos forenses.

Senado.- Orden del día 9 de diciembre de 1872 (Diario de Sesiones número 58):

Presidente, Laureano Figueroa.- En el banco azul, el presidente y ministro de la Gobernación (Ruiz Zorrilla), el de Marina (Beranger) y el de Fomento (Echegaray).

Pregunta de don Manuel María José de Galdo relativa a las malas condiciones del local destinado a las autopsias cadavéricas judiciales y si serán atendidos los servicios de los Médicos forenses:

Me levanto para preguntar al señor ministro de Gracia y Justicia, y ruego al señor ministro de la Guerra que lo haga en mi nombre, sobre el siguiente punto, que se relaciona íntimamente con la Administración de Justicia y con los créditos consignados en los presupuestos.

He tenido ocasión por mi desgracia, y no hace muchos días, de ver la manera de hacer las autopsias cadavéricas, cuando éstas son necesarias por mandamiento judicial. Con este motivo me ha impresionado hondamente al ver la manera de ejecutarse y las condiciones por las cuales no pueden verificarse de otra manera.

Se hacen las autopsias judiciales por los Médicos forenses en un local destinado al efecto en Madrid, en el Hospital llamado General o Provincial. Este local no tiene las condiciones higiénicas que necesita y mucho menos las de decoro que en todo país culto se rinde a la personalidad humana.

Se dirá, y yo llamo la atención del señor Ministro de Gracia y Justicia sobre este punto, que la localidad debe suministrarla y sostenerla la Beneficencia o la Hospitalidad provincial. Enhorabuena; pero no por eso dejará de resultar cierto y evidente que, cualquiera que sea la entidad o Cor-

poración que deba suministrarle y cuidarle, el local no reúne las condiciones de comodidad y decencia necesarias.

Con este motivo he tratado de averiguar todos los particulares y trámites que con este asunto se relacionan, y he llegado a entender que ni los Médicos forenses, a pesar de sus reclamaciones, son atendidos, ni se cree que el Servicio que prestan pueda ser útil a la Administración de Justicia.

Los Médicos forenses, señores senadores, aunque todos los que pertenecéis al orden judicial lo sabéis tan bien o mejor que yo, están intervinendo en asuntos judiciales sumamente difíciles y graves. Y es lo cierto que se desconocen y menosprecian cada día más sus servicios, no sólo en lo que corresponde a sus personas, sino hasta en la materialidad de sus procedimientos.

Basta saber que en 1855 se creó esta Institución y entonces se concedió para material un crédito que, ampliado hasta 1862 en los años sucesivos, y siempre después de muy reiteradas peticiones, representaba la cantidad de 5.757 reales en los siete años transcurridos y citados. Con esa cantidad se compraron los instrumentos y útiles necesarios para los reconocimientos y autopsias cadavéricas.

Desde 1862 al presente, ni un céntimo se ha pagado para el material de este servicio, que si hoy se continúa haciendo es a expensas del bolsillo particular de los Médicos forenses.

¿Cree el señor Ministro de Gracia y Justicia que los instrumentos y efectos que se compraron en 1856, en 1872 pueden ni podrán servir al objeto a que están destinados?

He ido a buscar cantidad en el Presupuesto correspondiente y no la he encontrado. Sólo he llegado a entender que, como economías, se propone la rebaja a 1.500 pesetas, o sean 6.000 reales, y éstos con descuento de los sueldos que hoy tienen los Médicos forenses.

Por esta razón, y no permitiéndome el Reglamento descender a otros pormenores, me he levantado a preguntar y rogar a mi amigo el señor Ministro de Gracia y Justicia:

¿Está decidido S.S. a que se haga justicia a los Médicos forenses, a quienes hace diez años no se ha dado nada de lo que necesitan para el material de autopsias cadavéricas que tienen que ejecutar?

¿Está decidido a que, toda vez que los Médicos forenses de Madrid renunciaron 8.000 duros a favor del Estado, se les reconozca alguna vez el derecho que tienen a ser digna, ya que no debidamente recompensados?

Si lo está, nada tendré que decir, y me daré

por muy satisfecho; pero si no lo está, tenga en cuenta que a su contestación sucederá inmediatamente una interpelación, en la cual demostraré los insignes servicios e influencia en la Administración de Justicia.

El señor Ministro de la Guerra (marqués de Mendigorria): Pido la palabra, para tener el gusto de contestar al señor Galdo y que haré presente sus deseos al señor Ministro de Gracia y Justicia (señor Montero Ríos), quien yo espero los atenderá como corresponde, y dará cumplida satisfacción a S.S.

13 de diciembre de 1872.- El decano de Jueces municipales, señor Carabias, requiere al presidente de los Médicos forenses, señor León y Luque, para conferenciar con el oficial de la Dirección del Registro Civil y tratar del *reconocimiento de cadáveres* que deben practicarse desde 1 de enero.

Se hizo la indicación por la Dirección del Registro de que, tal vez, fuera el Cuerpo Médico Forense el encargado del reconocimiento de cadáveres que, según Orden de la Dirección, *debía verificarse en Madrid desde 1 de enero de 1873.*

Se acuerda que en el caso de que dicho Centro nombre los médicos que han de reconocer los cadáveres, creen que ese *Servicio aumentará el muy penoso que ya tienen* los Médicos forenses y que *por sí solos sería imposible cumplirlo*, a pesar de sus buenos deseos; pero que tal vez *podría desempeñarse el servicio nombrado diez Médicos forenses como sustitutos de los actuales*, y que en unión con éstos practicasen el Servicio del Registro Civil.

En este caso, en vez de derechos, se gestionase sueldo de 12.000 reales a los médicos numerarios y 6.000 a los sustitutos.

31 de diciembre de 1872.- Se reúnen en el Juzgado Municipal del Congreso, a las ocho de la noche, todos los Médicos forenses y los Sustitutos nombrados, a tenor de aquella propuesta del Cuerpo:

El Director General del Registro Civil comunica que, a la mayor brevedad, se proponga a los individuos que, como Sustitutos de los Médicos forenses, y en unión de ellos, practicarán los reconocimientos de los cadáveres que han de inhumarse en los cementerios de esta capital, desde el 1 de enero de 1873.

Se elevó comunicación haciendo la propuesta

y, en su consecuencia, Real Orden del 31, en que se aprueba aquélla, nombrándose Médicos sustitutos para:

Audiencia, Lucas Galán.
Buenavista, José Doncel.
Centro, Francisco de Diego.
Congreso, Doroteo de la Torre.
Hospicio, Juan Aguirre.
Hospital, Javier Santero.
Inclusa, Gerardo Requejo.
Latina, Miguel Mangas.
Universidad, Genaro Álvarez.
Palacio, Pedro Cepa.

Se leyó el Reglamento, aprobado por el Ministerio de Gracia y Justicia, para el reconocimiento de cadáveres y remitido a la Corporación por el Director del Registro Civil.

Los Médicos forenses sustitutos tomaron posesión ante el Juez municipal y el de Instrucción.

Se acordó que el Servicio de reconocimientos se hiciera cada día por cinco numerarios y cinco supernumerarios. Remitiendo el día último de mes relación de derechos recaudados.

Y que los certificados que en estos primeros días se van a usar son provisionales hasta que se entreguen los libros talonarios.

Se levantó la sesión siendo las diez y media de la noche.

SÍNTESIS

Precedentes (1832-55).- Regencia de Espartero y período isabelino (1843-68):

En septiembre de 1833, al morir Fernando VII, unos estiman en vigencia la ley sálica, y otros, a lo que se unía la misma rectificación real, sostenían la legalidad del derecho a la Corona por orden riguroso de sucesión. Aquéllos proclaman al infante D. Carlos, los legitimistas a la infanta Isabel. Ante la intransigencia surge la querrela entre hermanos, lo más odioso y absurdo que puede existir, y se llega a la *Guerra civil de sucesión* o Carlista, que concluye a los siete años en el "abrazo de Vergara". Y surge la regencia de Espartero hasta que se proclama Reina Isabel II.

Y, sobre la marcha de inquietudes políticas, queda probado:

I. La necesidad de una Medicina legal práctica, de ejercicio y aplicación o, lo que es lo mismo, de Médicos forenses.

Así fué expresado por autoridades (Decano de Jueces de Madrid en 1851), por jurisconsultos (Cano y Calatrava en 1836) y por parlamentarios (Seoane en 1852) a los Gobiernos.

II. Haberse creado la enseñanza oficial de la disciplina correspondiente en la Cátedra de Madrid, regida por Mata desde 1843 y por Ferrer Garcés en Barcelona, al tiempo que se transformaron los antiguos Colegios en Facultades.

III. Existir ya, igualmente entre nosotros, excelentes textos propios (Peiró-Rodrigo, 1832; Mata, 1843; Ferrer y Garcés) y Revista especializada (Repertorio de Higiene pública y Medicina legal, de Álvarez Chamorro, desde 1853).

I

Iniciación del Cuerpo provisional de Médicos forenses con facultativos adscritos a los Juzgados de Madrid:

En 1855 sufre Madrid epidemia colérica. El 7 de mayo se lee en las Cortes Dictamen como proyecto de redacción de la ley de Sanidad. En él se incluye la novedad creadora de facultativos forenses y también “como una necesidad apremiante”.

En 10 de mayo se designan, para efectuar los *análisis toxicológicos*, a los catedráticos de Toxicología y Medicina legal.

El 28 de agosto, la Reina, a propuesta del Ministro de Gracia y Justicia, don Manuel de la Fuente Andrés, y a consecuencia de la solicitud del Juez decano de Madrid, con asistencia del Fiscal de la Audiencia, señor Pérez de Rozas, nombra “con la calidad de por ahora y sin perjuicio de lo que por una disposición general se acuerde para todos los partidos del Reino” a facultativos adscribiéndoles a los Juzgados de Madrid para desempeñar el Servicio médico forense.

El 28 de noviembre se aprueba la ley de Sanidad incluyendo las ideas y proposiciones del dictamen. El capítulo XVI se ocupa “de los facultativos forenses”.

Entre los primeros acuerdos del Cuerpo provisional figuran:

- 1.º Redactar el Reglamento interior a que se refiere la ley.
- 2.º Publicar estudios y estadísticas comentadas acertadamente. Busto ofrece las páginas de *Iberia Médica*, en la que figurará una sección de

Medicina forense (1857). Y en ellas realizan campañas de reiterada exposición de motivos para ir extendiendo el Servicio médico forense por los partidos.

En 1857, el jurisconsulto Bravo y Tudela solicita la creación de una *Cátedra de Medicina forense en la Facultad de Jurisprudencia*. Así como la necesidad de intervención médica en la Comisión de codificación para la redacción de algunos artículos pendientes de su estudio.

En 1859 acude una Comisión de médicos, encargados de los Servicios forenses en los partidos, ante el Parlamento, por la falta de percepción de haberes o compensación alguna.

El 13 de mayo de 1862 *se nombran Médicos forenses en propiedad para cada Juzgado de Madrid y se publica Reglamento para la extensión del Servicio por los partidos*.

Se señala arancel de derechos a pagar por la parte o por el Estado en los casos de oficio.

El 31 de marzo de 1863 se suprimen los derechos de arancel, correspondientes a pago por el Estado para los médicos de Madrid. En su compensación se les asigna 10.000 reales de sueldo (ministro: Rafael de Monares).

Al declararse la incompatibilidad con otro sueldo, León y Luque dimite el cargo de la Beneficencia Municipal y abandonan la Forensía el marqués del Busto y Carretero, Cervera y Sánchez Ocaña. A los dos primeros el Gobierno les nombra Caballeros de la Orden de Isabel II, y a los dos segundos les distingue con la de Carlos III.

II

Se estudia la reforma del Servicio médico forense en los partidos:

Informa el Cuerpo de Madrid (1864). Se redactan publicaciones del estado de los Servicios por los de Madrid y por los de provincias (Vicente Nuño, Maestre y Sánchez). En septiembre se estudia una ponencia de Medicina legal en el “Congreso Médico Español”.

En 21 de marzo de 1865 se suspende por completo el arancel en la parte de obligación para el Estado. Persiste el sueldo para Madrid (Ministro: don Lorenzo de Arrazola).

Fundamentaba el derecho las cantidades a que ascendían los derechos devengados en el primer año: unos 26 millones de reales (Mata).

En 20 de mayo acuden al Parlamento Comi-

sión de médicos de partido (Pérez Blanco) al Subsecretario y al Ministro.

El 10 de octubre se ofrecen los médicos madrileños, encargados de las forensías, de nuevo a las autoridades por la reaparición de casos de cólera.

El día 28 de octubre fallece Querejazu, presidente de la Corporación.

Le sigue León y Luque, quien estimula, aún más, los estudios y su publicación al noble fin de elevar el rango corporativo, su eficacia y consideraciones. También sugiere la formación de un Museo de Medicina forense.

Al concluir el año 1866 se suspende "España Médica", fusionada con "Iberia Médica". Magníficas revistas de nuestros antecesores, en las que podemos seguir fielmente su pensamiento y las generosidades de sus aspiraciones científicas. Pero con los avatares políticos los buenos deseos de León y Luque quedaron "en aguas de borrajás", como se dice por Aragón, dado el silencio de inéditos estudios.

1868, con su revolución de septiembre y marcha de Isabel II.

1869, con la Regencia del duque de la Torre, general Serrano. Suspensión de haberes a los Médicos forenses de Madrid.

1870: Se informa por la Inspección de la Audiencia, magistrado señor Palma, del estado e importancia de los Servicios Médico-forenses. Certificación por el Juez decano de los servicios que se prestan en Madrid. Acuerdo de la Sala de la Audiencia de Madrid sobre análisis toxicológicos y gastos de autopsias. Solicitud del Cuerpo Médico-forense para que se le reponga sus haberes.

Ley del Registro Civil (17 de junio) y su Reglamento (13 de diciembre).

Asesinato de Prim.

1871: Reinado de Amadeo de Saboya (1871 al 73), a cuyo breve período va a seguir otro, aún menor, de ensayo republicano para dar paso a la Monarquía borbónica en 1875.

Reposición de los primitivos haberes en Madrid. La Corporación solicita locales para el reconocimiento de enfermos y lesionados (actual Clínica Médico Forense) en 2 de enero, al Ministro de Hacienda, don Segismundo Moret. Y al Ministro de Gracia y Justicia, solicitud de reposición de los sueldo primitivos (18 de enero).

Se cursa Circular a todas las Audiencias,

excepto Madrid, para conocer situación, defectos y virtudes del Servicio Médico-forense en cada territorio.

1872: Reposición de los primitivos sueldo (2.500 pesetas) en Madrid, desde 1 de mayo (Consignación en el Presupuesto del año económico 1872 al 73, según el artículo 2.º, capítulo VIII, Sección 3.ª, de la Partida de imprevistos del Ministerio de Gracia y Justicia).

Pregunta en el Senado por el señor Galdo al Ministro de Gracia y Justicia, don Eugenio Montero Ríos, sobre Servicios Médico-forenses.

Se crean en Madrid los *Médicos forenses sustitutos* ante las nuevas funciones del Registro Civil y que han de comenzar con el año 1873 según la ley reformada de 9 de diciembre.

Se solicitan mejoras en los servicios de autopsias.

Así sucedió: Laus Deo.

SEGUNDA PARTE

ACTUALIDAD, DICIEMBRE DE 1951

Fué creada la *Clínica Médico Forense de Madrid*, por la Ley de Ordenación Corporativa vigente, gracias a los auspicios, apoyos y acertada dirección de la Superioridad. Tuvimos el honor de ser ponentes en el seno de la Comisión designada por el Ministerio de Justicia para el anteproyecto de Ley, y después vivir íntimamente la creación de la Clínica de Madrid. Y si a todo nacimiento acompañan momentos de dolor, todo puede darse por bien sufrido y olvidado ante la obra existente, confirmando su utilidad y aplicación positiva en bien de la Administración de Justicia.

Todos los Médicos forenses de Madrid echábamos de menos el adecuado local, con el preciso auxilio instrumental para los múltiples casos de reconocimiento que el curso de la vida impone a la investigación judicial. La exploración de enfermos y lesionados en el mismo local concurrido de la Secretaría no era digno, en muchos casos, ni de la Justicia, ni de la Capital en donde actuamos.

Expuestas estas razones, con todo el entusiasmo de noble deseo para mejorar el Servicio, fueron escuchadas por el Ministerio de don Eduardo Aunós, continuado por el de don Raimundo Fernández Cuesta y mantenido por el que ahora

nos rige, pues aún la obra de primer establecimiento, aunque modesta, no ha llegado a ser terminada. Si antes nos alentó el apoyo de don Manuel Soler, de don Isidro Arcenegui y de don Manrique Mariscal, nos consta que no nos faltará el de nuestro Director, señor Samaniego, ya que se trata de un ilustre Magistrado que conoce muy bien la esencia de los Servicios.

A nuestra Superioridad rectora dedicamos el esfuerzo que supone la redacción y publicación de estos "Anales", con todo el entusiasmo y buen deseo de acertar, mejorándonos cada día, aunque sean sencillos y modestos en su contenido científico.

Nacen cobijados en la Revista de Medicina Legal, y por ella, en realidad, presentados; al modo de aquella muchacha que si inicia su actuación en sociedad, con la timidez natural del instante, contiene, en cambio, una máxima y cálida pureza de espíritu. Pero, al propio tiempo, es un cordial homenaje que ofrenda la *Clínica Médico Forense* a nuestra *Revista* de la especialidad, quien ha sabido despertar y mantener oportunamente inquietudes y nobles estímulos científicos.

Para la Superioridad que nos ampara y rige, el mayor respeto y toda adhesión del Claustro de Profesores de esta Clínica, unida a nuestra gratitud. De ella hacemos también partícipes a la Revista de Medicina Legal, dirigida por el ilustre profesor y Médico forense doctor Antonio Piga, y secundado con el acierto y constancia propios de nuestro condiscípulo Aguila Collantes.

Hoy, el cuadro de los ilustres Magistrados que regentan los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Madrid, con los correspondientes Médicos forenses que constituyen el Claustro de profesores de la Clínica, son los recogidos en la tabla II.

Madrid se ha transformado. Su suelo presenta una extensión Díez veces mayor en las fechas límites que nos ocupan:

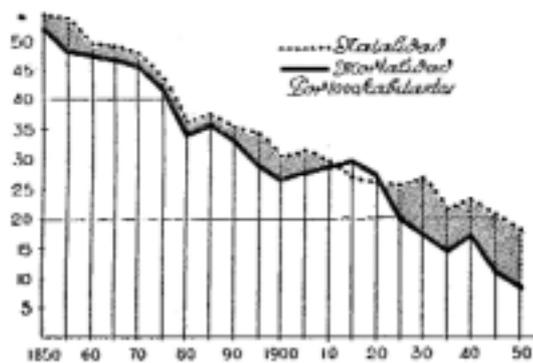
1855.	Población	257,895
	Natalidad	13,974
	Proporción por mil	54,18
	Mortalidad	12,642
	Proporción por mil	49,02
1950.	Población	1.493,000
	Natalidad	25,713
	Proporción por mil	17,22
	Mortalidad	14,009
	Proporción por mil	9,38

Comienzo ... trayectoria .. actualidad (1951) ... Médico forense

Datos del "Resumen estadístico" del Ayuntamiento (número de mayo de 1951). Sección dirigida por tan entusiasta como competente funcionario don Eduardo Medina, secundado por el señor Romero.

El señor Medina, con motivo de la formación del Censo de vecinos de 31 de diciembre de 1950, obtiene una *cifra provisional del Padrón de Madrid de 1.618,435* por las anexionadas.

Y ha publicado excelente estudio, basado en licitud de cifras estadísticas ("Demografía madrileña" en el "Boletín del Ayuntamiento de Madrid" de 17 de septiembre de 1951), del que no dudamos reproducir expresivo gráfico en el que se destacan los censos progresivos de los índices de natalidad y mortalidad desde 1850 a la fecha. Su regular paralelismo mantiene el equilibrio biológico de la población calificado, por Medina, saldo de acción vegetativa o de desarrollo ciudadano.



Es cierto que la *disminución de mortalidad* es evidente obedeciendo, con satisfacción, a la mejor higiene observada, a la atinada profilaxis de enfermedades y al acertado tratamiento de las mismas, por un desarrollo científico de la Medicina, que hace envejecer a las poblaciones. Los fallecidos, por brote gripal, en 1950 solían tener más de setenta años. Se alarga la vida, retrasándose el momento inexcusable de la muerte.

"En el Madrid de hoy, superior en población al millón y medio de habitantes, se registra un número de óbitos no mayor al del año en que aquella no pasaba de los 300.000" (Medina). Pero esta demora sólo produce aparente disminución de mortalidad, en el momento que se compara con la natalidad registrada, resultando así aparentemente aventajada ésta y un aumento de población.

1951 (DICIEMBRE)	
Jueces de Primera Instancia e Instrucción:	Médicos forenses:
Juzgado	
Núm. 1. (Decano) D. Juan Cándido Antón Pacheco	D. José Tena Sicilia.
" 2. D. Segismundo Martín Labor-da Romero	D. José Aguila Collantes. —
" 3. D. Serafin Jurado Pérez	D. José Sánchez Morate Martín.
Núm. 4. D. José María Miguel Pinillos Hermosilla	D. Manuel Pérez de Petinto Bertomeu.
" 5. D. Manuel Díaz Berrio Cava ...	D. José González Bernal.
" 6. D. José María Salcedo Ortega...	D. Benigno Velázquez Amézaga.
" 7. D. Angel Cabrer Villalobos ...	D. Modesto Martínez Piñero.
" 8. D. Luis Ponce de León y Be-lloso	D. José Alberich Fernández.
" 9. D. Francisco Almazán Franco...	D. Daniel Ortega Lechuga.
" 10. D. Tomás Marco Garmendía ...	D. José Velasco Escassi.
" 11. D. Victor Serván Mur	D. Jesús Fernández Cabeza.
" 12. D. Antonio Laguna Serrano.	D. Gaspar Zaragoza Fernández.
" 13. D. Manuel Prieto Delgado ...	D. Manuel Martínez Sellés.
" 14. D. Manuel Gutiérrez Madrigal...	D. Diego González Bernal. —
" 15. D. Francisco Javier Sánchez del Campo y Echenique.	D. Bonifacio Piga Sánchez Morate.
" 16. D. Gervasio Méndez Castrillón.	D. Eduardo Blanco García.
" 17. D. Tomás Pereda Iturriaga ...	D. David Querol Pérez.
" 18. D. Pedro Martín de Hijas Mu-ñoz	D. Tomás Soler Hernández.
" 19. D. Acisclo Fernández Carriedo.	D. Pedro Tena Ibarra.
" 20. D. Juan Pérez de la Osa Rodrí-guez	D. Gerardo de Dios Gil.
" 21. D. Carlos Cuesta Rodríguez de Valcárcel	D. Fernando Pérez Rodríguez.
" 22. D. Miguel Antolín Saco	D. Antonio Fernández Martín.
" 23. D. Jesús Nieto García	D. Manuel Casas Ruiz del Arbol.
Médicos forenses sustitutos:	
D. Joaquín Páez Ríos.	D. Germán Gómez Asensio.
D. Antonio Sanmartín Casamada.	D. Fernando Castro García Patón.
D. Carlos Vázquez Velasco.	

Tabla II. Cuadro de Magistrados y Médicos forenses de las Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Madrid, diciembre de 1951

Y la natalidad disminuye, paradójicamente también, y de manera universal, "civilizadora": por orden social, de economía, sanidad, de egoísmos e inmoralidad. Nosotros no reconocemos la mayor fuente: la infecundidad. Tan sólo nos alcanzan problemas de aborto y el reconocimiento de los signos brutales de su criminalidad.

Esta baja de natalidad, pregunta Medina, ¿hasta dónde llegará en su descenso progresivo? ¿Alcanzará y sobrepasará a la disminución de mortalidad que, evidentemente, tendrá que ofre-

cer un tope? En ese momento se romperá el equilibrio, proporción entre nacer y morir, y comenzará un descenso en la densidad humana.

En la *mortalidad total* de Madrid, en 1950, existen 14.009 personas fallecidas. Corresponden 13,796 a muertes naturales y 313 a procesos consecutivos a violencias sufridas.

Resulta así que para cada cien fallecidos sólo dos y casi una cuarta parte más (2,234) lo son por muerte de mecanismo violento.

Comienzo ... trayectoria .. actualidad (1951) ... Médico forense

Un poco menos de los que murieron por enfermedades del hígado (385 casos) y un poco más de los que sucumbieron por la suma de nacimientos prematuros, vicios de conformación y avitaminosis (414 casos).

De las 313 víctimas, más de la mitad corresponden al transporte. De la cantidad restante, algo menos de su mitad corresponden al trabajo. La mayoría que queda casi corresponde a la imprudencia casual. Es mínimo el suicidio y casi nula la criminalidad.

Semejante reflexión puede hacerse con el resumen de lo estudiado en el Juzgado de Instrucción número 4:

Lesiones	122 casos
Intoxicaciones	8 casos
Muertes:	
Natural	16 casos
Suicidios	7 casos
Homicidios	3 casos
Infanticidio	1 caso

SERVICIOS CLÍNICOS MÉDICO FORENSES

Lesionados reconocidos en el Juzgado Municipal nº 4, de Madrid, desde el 1 de diciembre de 1950 a 30 de noviembre de 1951.

SERVICIOS CLINICOS MEDICO FORENSES
 Lesionados reconocidos en el Juzgado Municipal n.º 4, de Madrid, desde el 1 de diciembre de 1950 a 30 de noviembre de 1951.

Meses	XII-1950	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Total 1951	
Lesiones	Riñas	7	10	6	10	5	11	11	13	16	6	11	7	119
	Casuales	11	21	13	6	4	4	5	6	7	1	6	11	97
	Atrapellos	5	2	1	9	6	8	10	3	11	1	1	7	63
	Agresiones	2			3		2	1	2	12	5	1	1	35
	Malos tratos	2	2		1	5	1	1	4				1	19
Lesiones por mordeduras de	Perro	1		2	1	3	7	5	8	2	4	4		37
	Gato	1		1	1	2	1		1	1	1	1		11
	Rata	1			1									2
	Humana							1						1
Intoxicación	Alcoholismo	1			1				1	1				5
	Otras sustancias													1
TOTALES.	33	33	47	34	18	37	28	33	64	40	43	20	474	

Multiplicando estas cifras por 22 Juzgados Municipales existentes, se tendrá muy aproximada la verdad total de los hechos ocurridos en la anualidad.

Multiplicando estas cifras por 22 Juzgados Municipales existentes, se tendrá muy aproximada la verdad total de los hechos ocurridos en la anualidad.

SERVICIOS DE ESPECIALIDAD ENCARGADOS A LA CLÍNICA MEDICO FORENSE
(Durante 1951):

- Radiodiagnósticos.	62 casos
- Diagnósticos de trastornos auditivos alegados.	7 casos
- Diagnósticos de trastornos psiquiátricos.	3 casos
- Diagnósticos de trastornos oculares alegados.	3 casos 7 casos
- Análisis clínicos.	
- Reconocimientos sexuales en mujeres (integridad, estado de embarazo, de aborto)	61 casos
- Reconocimientos sexuales en varones.	7 casos

Todos ellos requeridos especialmente por Juzgados de Instrucción y Municipales de Madrid y también por otros de fuera, mediante exhorto; casi siempre a iniciativa de los correspondientes Médicos forenses.

Por otra parte, se han efectuado asistencias diversas a personas detenidas (hemoptisis; crisis de excitación, de histeria, epiléptica; epistaxis; cólicos; abscesos supurados).

De mayor interés judicial son las curas efectuadas a lesiones con asistencias deficientes o nulas; gentes abandonadas y sucias; y hasta las que, en mayor maldad que alcances, desean su peor y lejana curación para perjudicar de este modo a su agresor.

Al comprobar tal situación se prescribe la asistencia en la misma Clínica, por el Médico correspondiente del Juzgado, y se han obtenido prontas curaciones, sin consecuencias de defectos o deformidades; cumpliéndose la cura del lesionado en el menor tiempo y aminorándose la pena, que por este efecto pudiera corresponderle al agresor.

Aparecen así curadas lesiones diversas (mordisco y amputación de un dedo, quemaduras, heridas contusas e inciso-punzantes y, especialmente, las más tórpidas de localización en las piernas) en 91 personas, con un total de 455 curas y con el gasto de material correspondiente.

Debo señalar la oportuna y acertada intervención del doctor P. Tena, quien, a medianoche, extrajo cristales enclavados en un ojo y asistió a cinco personas más (alguna extranjera).

Y los reconocimientos efectuados para el Juzgado Especial de "Vagos y Maleantes" con sus peculiaridades clínicas, en un total de catorce casos.

Se han asistido a distintas personas de las dependencias judiciales y, con la urgencia del caso, al letrado don José García Tréllez Bedoya, puesto repentinamente gravísimo estando informando a la Sala de lo Civil. Nos recuerda el caso del diputado señor Perojo, fallecido repentinamente, del mismo modo, estando en los escaños del Parlamento.

Muertes repentinas de gran emoción por lo inesperadas y que en estos casos la terapéutica más acertada es inútil, pues las primeras manifestaciones clínicas son ya las mismas expresiones de la falta irreversible de la vida misma.

COMENTARIOS

1.º Unido a la anteriormente señalada *disminución de la natalidad* tenemos que estudiar problemas de aborto y de abortos con signos de criminalidad. Las más frecuentes prácticas anticoncepcionales se adivinan o deducen; pero no suelen llegar a nuestros estudios forenses.

Y en relación con este "tono al progreso universal" de nuestra población, alcanzan las exploraciones casos de agresiones homosexuales, que antes no salían del conocimiento policial y gubernativo. Pero la masa de los practicantes debe ser mayor y alcanzan referencias de hechos en el papel sellado judicial; unas veces por lesiones muy significativas (mordiscos en la espalda; equimosis por aspiración bucal como "señal de dominio" en el pecho o en un brazo) o ya las específicas de la región anal, que tan sólo conocíamos por descripciones de textos extraños. Ya este mundo anormal salpica a la acción judicial por escándalo, por lesiones o por denuncias. El censo debe ir en aumento y se rompe la cautela y el sigilo anteriores.

2.º También se inicia otra "novedad": el *diagnóstico o investigación de la paternidad*; mejor diríamos de *exclusión de la paternidad*. Otro problema exterior que comienza a plantearse entre nosotros. Fondos de inmoralidad que aparecen y destacan, con ribetes legalistas, para satisfacciones egoístas de caudales y de los que son simples juguetes los tiernos infantes.

El profesor A. Piga, por la Real Academia de Medicina, y el profesor Marañón, igualmente por la de Ciencias, han sido ponentes de informes solicitados a estos efectos.

Tenemos noticia de otros pretendidos tres casos en Juzgados distintos a los de Madrid.

La *bibliografía* sobre este punto va siendo numerosa:

Clausen y Puschel expusieron sus hallazgos en 1934 sobre exclusión de paternidad acusada, a favor de sus hijos, por mujeres embusteras.

R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch, en 1934; *L. Hirzsfeld*, en 1938; *L. Christiaens*, en 1939, se ocupan los primeros de "Les groupes sanguins", y el tercero, de "La recherche de la paternité par les groupes sanguins".

A. Franchetti, F. Bomather et D. Klein, en 1944 (Bull Acad Suisse Sc Méd), refieren el estudio de investigación sobre la confusión casual de un niño gemelo.

Emplearon el parecido polisintomático, mejor diríamos de comparaciones morfológicas, de Siemens (Die Zwillingspathologie, Berlín, 1944): forma cefálica, de orejas, características dentarias, del iris, del tímpano, del fondo del ojo).

Y "los grupos sanguíneos".

La comparación de las sangres de las dos familias, en litigio por la pertenencia del niño, dio concluyente resultado a favor del que era su hermano gemelo: el niño problema tenía las mismas características serológicas y morfológicas.

Este caso confirma la eficacia de "los grupos sanguíneos" en materia de herencia de caracteres. Y tiene un porvenir de aplicación forense en casos de filiación dudosa. En los de violación seguidos de embarazo y parto. En derechos de pensión de alimentos para hijos naturales. En procesos donde se plantea la cuestión de una maternidad en litigio de paternidad. En casos de raptos y cambio de niños, de falso embarazo y parto con suplantación de hijo.

El hombre puede reclamar la prueba para demostrar su inocencia con respecto a la inculpación que le señala.

La mujer, para demostrar que no acusa con falsedad. En fin, en casos de infanticidio y aborto criminal, relacionando los factores sanguíneos de la presunta madre con los del producto.

P. Moureau (Rev Belg Scienc Méd, núm. 4, 1945), se ocupa de la investigación de la paternidad. Destacado investigador en estos estudios,

señala que cada vez, con el mayor número de factores hereditarios conocidos, la proporcionalidad de exclusión de paternidad alegada ha aumentado del 39 por 100 al casi 50 por 100.

P. Moureau, Heusghem, Callard, Xhenseval y Quitet, de Lieja, presentaron excelente estudio al Congreso de Medicina Legal, Social y del Trabajo, de Burdeos en 1949, sobre "Médecine légale et modifications biologiques liées a la grossesse", en uno de cuyos capítulos se ocupan de la "herencia de los grupos y factores sanguíneos", en colaboración con O. Gosselin, director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Facultad de Lieja, así como el profesor Moureau lo es del Laboratorio de Medicina Legal.

La señorita venezolana Bolivia Signala publica en la importante *Revista de Medicina Legal, de Colombia*, dirigida por el profesor Uribe Cualla, en su número 63-64 de 1951. "Los grupos sanguíneos, los aglutinógenos M y N y los factores Rh y Hr, en Medicina legal". Interesante estudio experimental de más de 1.000 casos, logrado bajo la dirección del Dr. José María Garabito, Director del Laboratorio Forense de Bogotá; y refiere tres casos en que fué excluída la paternidad.

Y entre nosotros destaca el acabado estudio de *Bernardo-Francisco Castro Pérez*, Juez de Instrucción en villafranca del Bierzo: "La prueba de grupos sanguíneos en la investigación y desconocimiento de la paternidad", diciembre de 1950.

Con claridad y conocimiento del problema expone distintos aspectos, como son la legitimidad y su impugnación, el conflicto de paternidades, la legitimación impropia.

Refiere, con acertada y abundante documentación, que la "prueba de grupos sanguíneos" en los procesos de investigación y desconocimiento de la paternidad ante los Tribunales se aplica ya en casi todos los países europeos y algunos de América.

Austria, desde 1926; Alemania, 1927; Estados Unidos, 1930; Inglaterra, 1932; Italia, 1931; Suiza, 1934; Dinamarca, en el plazo de 1933 al 36, 775 hombres fueron excluídos de inculpación de paternidad; Argentina, 1935; Francia, 1937.

Es un medio de prueba para demostrar la imposibilidad de un determinado sujeto a ser padre de una criatura que se le imputa, basado en la perennidad de los caracteres sanguíneos.

La investigación requiere perfecta garantía de

identificación de las personas correspondientes y absoluta competencia en el personal oficial que ha de llevarlo a cabo: Médicos forenses especializados en sus Clínicas, Escuelas de Medicina legal en su Sección especializada.

3.º En este último apartado atenderemos a la elevada cifra que da la mortalidad por accidente en el tráfico, especialmente el atropello por automóvil. Y su posible relación con la impregnación alcohólica del conductor del vehículo.

Nos hemos ocupado de este problema en anteriores publicaciones. Diremos que entre nosotros no hay problema social de alcoholismo, como sucede en otros países. Pero sí hay alcohólicos ocasionales, y de este estado anormal pueden surgir homicidios por imprudencia, si en esa situación no se repara en conducir un automóvil, generalmente a gran velocidad.

La persona que en una fiesta, acontecimiento, reunión de amigos, etcétera, bebe lo que no tiene costumbre y actúa después con conducta extraña y delincuente, arroja a la desdicha una familia e igualmente a la propia por su imprudencia punible.

La Ley de 10 de mayo de 1950 expone: "El que condujere un vehículo de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas, que le coloquen en estado de incapacidad para realizarlo con seguridad."

Nos permitimos proponer, por la experiencia del tiempo transcurrido, que debiera ser más tajante y concisa: "Quien conduciendo un vehículo de motor infringe reglamentos u ocasiona daños, lesiones o muerte, al comprobarse en el análisis de su sangre u orina la presencia de alcohol, aparte de cualquier penalidad que pueda corresponderle, sufrirá la retirada temporal, por primera y segunda vez, y definitiva por la tercera, del carnet de conductor, y pagará una multa del doble de los daños producidos."

En países como Dinamarca y Suecia son rigurosísimos a este respecto. Y los conductores, ejemplarizados, son los primeros en eludir el riesgo de caer en infracción.

Y no conduce quien en una reunión, social o de familia, haya simplemente comido *smörbröd* (pan con mantequilla, queso o pescado, en variedades infinitas) y haya brindado siquiera (*skål*) con una copita de *schnapps* (similar al aguardiente). Pues si le detiene la Policía, Policía espe-

cializada, conduciendo automóvil con resultado positivo de alcohol en los análisis, está más que fastidiado. Nada le ocurre si, por el contrario, al conocer su estado, con el que pudiera causar alguna anormalidad, se deja conducir como simple viajero o se va andando.

Y más ocurre por el mundo (*Hyg et Méd Scolaires*, núm. 4, 1950), como escribe Renaud, que comenta el *alcoholismo rural infantil*. En Vendée (Francia) se calcula que el alcohol invade casi al 80 por 100 de la población, y dos tercios de los niños tienen ya la costumbre de beber. Los maestros refieren casos de borracheras; los niños llevan con frecuencia a la escuela botellas con cuarto y medio litro de vino. Los maestros comprueban descenso en la capacidad intelectual, nerviosismos e inestabilidad en gran número de escolares.

Los adultos del lugar consumen unos cinco litros por día de vino, y hasta ocho en el verano. Se estima que el 20 por 100 de los hijos fueron procreados en estado de embriaguez. Cerca del 10 por 100 ofrecen taras alcohólicas.

Las consecuencias son: descenso en el rendimiento económico, perjuicios familiares (abandono, divorcio) y morales (criminalidad).

De ello se hace eco *Annales de Médecine Légale et Criminologie* (septiembre de 1951), que dirige el Prof. R. Piédelièvre y L. Dérobert, quien, con Duchene, escribió "L'alcolisme aigu et chronique", en noble defensa social, de la que es gran paladín.

Spain, Bradess y Eggston, "Alcohol and violent death" (*Journ of the Am Med Assoc*, núm. 4, 1951), publican estadísticas de Gonzales (el sabio profesor de Nueva York) y Gettler, de 1941, en que señala que el 30,7 por 100 de los peatones víctimas de accidentes en la circulación, estaban bajo los perniciosos efectos del alcohol. Por el estudio de los casos de 1937 en Nueva York, se estima que el alcohol impregnó al 40 por 100 de hechos de muertes violentas.

Han estudiado en un censo de 600.000 personas, durante 1949, y deducen que prácticamente todos los casos de muertes violentas dió positivo el hallazgo de alcohol en el hígado y cerebro, según el método de Gettler y Tiber.

Los análisis han comprobado la influencia del alcohol en 68 casos en 246 muertes violentas, o sea, el 27 por 100. El 19 por 100, en personas suicidas; el 24 por 100, en muertos por accidente; el

87 por 100, en casos homicidas; el 46 por 100, víctimas de la circulación.

Los autores suecos Bjerver y Goldber indican que una concentración de alcohol en sangre de 0,04 a 0,06 por 100 reduce la capacidad a los conductores de automóviles a cerca del 30 por 100 de personas.

Holcomb, en Chicago, comprueba en 1938 que el 47 por 100 de un grupo de conductores responsables de accidentes, sufrían efectos alcohólicos. Sólo un 12 por 100, entre 1.760 buenos chóferes tomados al azar, sufrían la impregnación alcohólica.

Se mantiene que cuando la concentración alcohólica en sangre sea de 0,01 por 100, los accidentes son seis veces más frecuentes. Concentraciones de 0,15 por 100 dan 25 veces más motivos de accidentes.

Entre 78 casos, las situaciones sociales de los actores son variables; 36 eran alcohólicos ocasionales por el cocktail, un party, estancia en un bar, con motivo de bodas o de aniversarios.

Colin y Peronnet publican "Alcool dans le sang et accidents de la circulation" (*La Presse Médicale*, núm. 40, 1951).

El Ejército francés ha obligado a efectuar el análisis de presencia de alcoholemia en todo conductor que sufre o produce un accidente. Esta institución está en vigor en varios países.

Los resultados proporcionados por el *Laboratorio de Química Biológica*, de Val-de-Grace, corresponden al período 1948-50. Fueron practicadas 511 investigaciones. Resultó el 79 por 100 con alcoholemias inferiores a 0,5 gramos por 1.000 centímetros cúbicos de sangre, sin ofrecer manifestaciones clínicas. El 18 por 100 tenían concentraciones de 0,5 a 2 gramos por 1.000, con alteraciones en el comportamiento. Un 3 por 100 (14 personas) tenían más de 2 gramos y estaban en embriaguez indiscutible.

L. Dérobert ha insistido, valientemente, sobre las graves repercusiones del uso inmoderado del alcohol, en la *Sociedad de Medicina Legal de Francia*, y en la *Academia Nacional de Medicina de París*, en este mismo año, a fin de corregir los perniciosos efectos del vicio en su patria.

DEDICATORIA: A mis compañeros de Aragón, mantenedores de las brillantes Jornadas Médico-forenses de Zaragoza, en homenaje de cordialísima confraternidad.

Suicidio combinado: a propósito de un caso.

[Complex suicide: a case report.]

[Suicídio misto: a propósito de um caso.]

Fernando Moreno Cantero *

Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción 5 y 6 de Albacete. Ministerio de Justicia.

José Galván Cantos

Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción 7 de Albacete, La Roda y Casas Ibáñez. Ministerio de Justicia.

Jose Antonio Sánchez Sánchez

Profesor Titular de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Moreno Cantero F, Galván Cantos J, Sánchez Sánchez JA. Suicidio combinado: a propósito de un caso. *Rev Esp Med Leg* 1999; XXIII(86-87): 44-48.

RESUMEN: Una mujer de 51 años de edad, es hallada muerta por su ex-marido, en la casa que ambos compartían. Presentaba signos de muerte violenta, que inicialmente apuntaban hacia la sofocación, mediante bolsa de plástico, sin que se pudiera establecer a priori la etiología de la misma. Al practicar la autopsia judicial se detectan hallazgos necrópsicos que establecen su muerte por intoxicación por cáusticos (sulfumán), esto unido a unas notas encontradas con posterioridad en el lugar de los hechos orientaron hacia una etiología suicida, nos encontraríamos pues ante el denominado "suicidio combinado o complejo".

PALABRAS CLAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, Suicidio, Suicidio complicado, Sofocación por bolsa de plástico, Intoxicación por cáusticos.

RESUMO: Uma mulher de 51 anos é encontrada morta pelo ex-marido, no domicílio que ambos partilhavam. Apresentava sinais de morte violenta, que inicialmente indicavam sufocação com saco de plástico, sem ser possível estabelecer de entrada a etiologia médico-legal. Ao efectuar a autópsia encontraram-se sinais que indicavam a morte por intoxicação por cáusticos (vapores). Estes achados, bem como algumas cartas encontradas posteriormente no local, indicaram uma etiologia suicida. Estaríamos assim perante o denominado "suicídio misto".

PALAVRAS CHAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, suicídio misto, sufocação por saco de plástico, intoxicação por cáusticos.

ABSTRACT: A 51-year-old woman, is found died by his ex-husband, in the house that was shared by both. She had signs of violent death, that initially were noting toward the suffocation with a plastic bag, but we can not establish the original cause of the death. When the judicial autopsy was done, we can detected that necropsy's findings point out that the cause of the death was caused by caustic poisoning (sulfuman). This discovers together with a some notes found with posteriority in the place of the facts guided toward a suicidal aetiology. It will be a case, that is called "combined or complex suicide".

KEY WORDS: Legal Medicine, Suicide, Complicate suicide, Suffocation by plastic .bag, Caustic intoxication.

Un sujeto varón de 53 años, declara que, “al entrar en su domicilio, halla sobre la cama, de uno de los dormitorios, una mujer semidesnuda, con la ropa de la cama retirada y con unas bolsas de plástico ocultando la cabeza, la primera de ellas, no está atada, mientras que la segunda sí, tras romperla desde arriba hacia abajo comprueba que se trata de su ex-mujer, la cual estaba muerta”.



Ilustración 1- Panorámica de la habitación desde su puerta de acceso.



Ilustración 2. Detalle de las bolsas de plástico.



Ilustración 3.- Rostro y cuello de la fallecida donde se aprecian lesiones cutáneas.

Durante la inspección ocular se constata la presencia del cadáver de una mujer, dispuesta sobre una cama, en posición de decúbito supino, con la cabeza junto a una almohada y piernas semiflexionadas, en la región cervical anterior se observan múltiples equimosis. Próxima a la cabeza aparece una bolsa de plástico blanca “tipo camiseta”, rota por una de sus partes y con un nudo, con humedad depositada en su interior y en el suelo, junto a la cama aparece otra bolsa de plástico, similar a la descrita, íntegra.

AUTOPSIA

Hábito externo.

Mujer adulta madura, de 51 años de edad, constitución leptosómica. Presenta estriación blanquecina en región inferior del abdomen. Los fenómenos cadavéricos siguen su curso habitual, de manera que el enfriamiento cadavérico, apreciado a través de la temperatura rectal, es de 23'8 °C. Presenta rigidez cadavérica, en miembros superiores e inferiores, siendo superable en los primeros y no vencible en los segundos. Las livideces se disponen en los planos dorsales del cuerpo, cuello, tronco y miembros inferiores. En cuanto a las lesiones macroscópicas, es posible describir una erosión puntiforme a nivel esternocleidomastoideo derecho, petequias sobre el esternocleidomastoideo izquierdo y línea media del cuello, hematomas redondeados, algunos de coloración negroamarillenta y otros verdosos, de 1-2 cm. de diámetro dispuestos sobre cara anterior e interna de los muslos y piernas derecha e izquierda, y petequias en el introito vulvar, en la raíz de los labios mayores. No se aprecian petequias subconjuntivales.

Hábito interno.

En la autopsia cefálica no se aprecian lesiones, en cara interna del cuero cabelludo, calota craneal y encéfalo (peso: 1.150 gr.).

Se procede a la disección anatómica del cuello, tórax y abdomen.

No se aprecian lesiones en el tejido celular subcutáneo, la musculatura, los vasos cervicales ni en los arcos costales.

Los labios, en su borde interno, y la lengua, en su cara superior, presentan una placa indurada, de color marrón.

El esófago contiene, a nivel del esfínter esfá-

gico inferior, un material blanquecino que parece tratarse de un comprimido.

La faringe, laringe, tráquea y bronquios principales tienen un aspecto sonrosado, salvo la úvula que aparece con una coloración parda. Los cartílagos que conforman el esqueleto de la laringe se encuentran indemnes.

En el tórax a nivel de la cavidad pleural izquierda encontramos líquido pleural de aspecto sucio. Pulmón izquierdo: lóbulo superior sonrosado, mientras que el inferior está pardo e indurado, el bronquio principal contiene un líquido espumoso y amarillento (peso: 300 gr.). Pulmón derecho: presenta petequias hiliares, el lóbulo superior sonrosado (peso: 300 gr.).

Al realizar la apertura del abdomen se aprecia un fuerte olor a "sulfumán" (ácido clorhídrico), encontrando un líquido peritoneal de color marronáceo. El epiplón mayor, bazo, cara inferior del lóbulo hepático izquierdo, cara anterior del intestino delgado y ambos riñones presentan formación de placas de color pardo e induradas al tacto, con coagulación de los vasos sanguíneos, y sangre coagulada y adherida sobre su superficie. El estómago tiene una pared de color pardo y aspecto friable, contiene sangre digerida ("en posos de café") (ilustración 4).

En el aparato genital femenino, destacar únicamente la presencia de una formación, de unos dos centímetros de diámetro y coloración blanquecina, en cara anterior del cuerpo uterino.

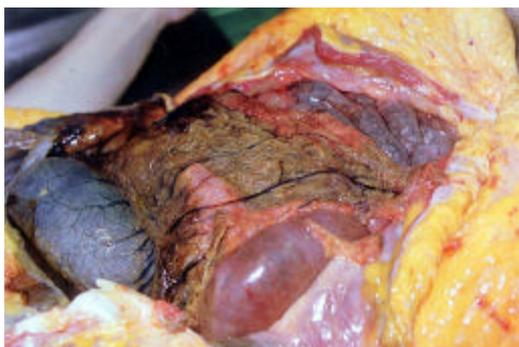


Ilustración 4.- Macroscopía del estómago y epiplón mayor mostrando la necrosis producida por el ácido clorhídrico.

Exámenes complementarios.

Se remiten al Departamento de Madrid del Instituto de Toxicología, para su estudio químico-

co-toxicológico: sangre, estómago y su contenido, pulmón, contenido esofágico, vesícula biliar y su contenido, hígado y muestra de posible tóxico.

En el líquido de la muestra, así como en esófago y estómago, se determina ácido clorhídrico-sulfumán- (pH<1, anión cloruro positivo); en sangre se detecta clonixinato de lisina, dentro de rangos terapéuticos.

Se solicita también estudio histopatológico de corazón, pulmón, bazo, riñón, carótidas, aparato genital, músculos esternocleidomastoideos y pretraqueales, esófago y lengua.

El estudio microscópico del pulmón revela, intensa congestión vasculocapilar y edema pulmonar, presencia en luces bronquiales de material alimenticio aspirado junto con células epiteliales orofaríngeas y células del epitelio bronquial desprendidas. En aparato genital femenino, vasos carotídeos, músculos esternocleidomastoideos y pretraqueales, no se detectan cambios significativos. El epitelio lingual en algunas zonas se encuentra desnaturalizado y en otras desprendido. En el esófago se aprecian signos de precipitación y/o coagulación proteica por la acción directa corrosiva, en algunas zonas el efecto se extiende a submucosa y capa muscular circular.

Conclusiones Médico Forenses.

Primera. Que la muerte fue violenta.

Segunda. Que la data de la muerte se estima ocurrida veinte horas antes de realizar la autopsia.

Tercera. Que la causa de la muerte fue la intoxicación por cáusticos (ácido clorhídrico).

Cuarta. Que la etiología de la muerte se presume suicida.

DISCUSIÓN

El suicidio, si bien etimológicamente significa "la muerte producida por uno mismo", en realidad plantea numerosos problemas de amplia índole, entre ellos los de tipo médico-legal. En general, el conjunto de datos aportados por las diligencias derivadas del hallazgo y el levantamiento del cadáver, y la autopsia junto con los estudios complementarios de los hallazgos necróticos, dan una orientación definitiva a la etiología de la muerte (2).

Se entiende como suicidio "combinado o com-

plejo” aquél en el que el sujeto, supuestamente, para garantizar una mayor seguridad en la consecución de su objetivo, emplea simultáneamente más de un tipo de agresión, como por ejemplo la ahorcadura y el disparo por arma de fuego, con los que pueden plantear grandes problemas diagnósticos de etiología (5).

Dentro de los mecanismos suicidas el más utilizado, en España, es la asfixia mecánica por suspensión (ahorcadura), seguido a distancia por las intoxicaciones, siendo estas últimas la única forma de suicidio en la que predomina el sexo femenino. Las intoxicaciones son producidas fundamentalmente por medicamentos, aunque el empleo de cáusticos, sobre todo de tipo ácido, tienen su importancia. La utilización de agentes cáusticos se deben fundamentalmente a su fácil disponibilidad, encontrándose en los domicilios, sobre todo en forma de productos de limpieza. Los cáusticos ácidos implicados habitualmente en las intoxicaciones son el ácido sulfúrico y el clorhídrico. El ácido clorhídrico lo podemos encontrar en forma de sulfumán o bien combinado con el sulfúrico y otros ácidos en productos limpiadores de retretes. El mecanismo fisiopatológico por el que los ácidos producen su efecto lesivo se debe a la formación de sales al combinarse el cloro con los metales que integran la estructura orgánica, por el efecto proteolítico del hidrógeno desprendido al actuar con el agua de la materia orgánica y por la termocoagulación de las proteínas, como consecuencia de la alta temperatura desprendida del calor de la reacción. La clínica ha desarrollado va a depender de numerosos factores, fundamentalmente de dos: la cantidad de cáustico ingerido y el tiempo transcurrido desde la ingesta hasta su atención hospitalaria; se considera que ingestas superiores a 150-200 ml son prácticamente mortales, mientras que retrasos superiores a las 2-3 horas en la atención médica producen una mortalidad superior al 90%. La sintomatología puede oscilar desde la ausencia absoluta de cuadro clínico hasta el fallo multiorgánico, que conduce a la muerte en pocas horas. Debido al carácter voluntario en las ingestiones de estos tóxicos la sintomatología suele ser bastante aparatosa, por lo que sobreviene la muerte en un 25% de los casos, dentro de las primeras ocho horas, como consecuencia de shock irreversible, acidosis metabólica y hemorragia aguda (1). Los hallazgos necrópsicos se caracte-

rizan en el examen externo por la presencia de quemaduras o escaras de color grisáceo, que pueden contribuir, por su morfología, a la reconstrucción de la posición de la víctima durante la ingesta del tóxico, describiéndose manchas en forma “de hilillos o de salpicado” alrededor de los labios o bien que partiendo de la boca se dirigen a las mejillas, cuello o tórax, incluso llegan a remedar la forma del borde del recipiente que contiene el tóxico, también es posible encontrar este tipo de lesiones en las manos. A nivel interno la mucosa de los labios, lengua y esófago presentan un aspecto erosionado y edematizado; estos hallazgos pueden visualizarse en laringe y mucosa respiratoria como consecuencia de la aspiración del tóxico o por efecto de los vapores liberados (3). El esófago se ve afectado en el 86% de los casos, el estómago siempre y el duodeno en el 76%. El estómago adopta un aspecto de masa blanda y friable, la mucosa adquiere un color entre gris y negro, presentando zonas de afectación superficial con otras profundas, pudiendo llegar incluso a la perforación, actuando sobre las vísceras abdominales vecinas, produciendo la formación de escaras en su superficie sobre un fondo inflamatorio (hígado, páncreas, bazo, peritoneo y asas intestinales). Algunos autores abogan sobre la posibilidad de trasudación del ácido clorhídrico desde el estómago, sin producir la perforación, afectando las vísceras vecinas. Finalmente, es posible el desarrollo de un cuadro respiratorio que, en base a lo anteriormente expuesto, suele adoptar la forma de un síndrome de distres respiratorio del adulto (1).

La sofocación “por bolsa de plástico”, es un tipo de asfixia consistente en la colocación de una capucha de material impermeable, normalmente polietileno u otro plástico, cubriendo la cabeza hasta el nivel del cuello. Se suele utilizar bolsas de plástico del tipo “supermercado”, la cual se ata alrededor del cuello mediante un lazo o empleando un cordón, aunque esto no sea necesario para alcanzar un desenlace fatal. La muerte puede ser rápida y no dejar signos de ningún tipo (signos de asfixia), por lo que los problemas medicolegales que puede plantear, si la bolsa no está presente, pueden entrañar grandes dificultades para su resolución. En aquellas circunstancias en las que se plantea la posibilidad de un suicidio, es conveniente descartar el empleo de otros mecanismos suicidas, tales como la intoxicación,

mediante análisis toxicológicos. Es posible encontrar este tipo de sofocación en actividades masoquistas. El mecanismo de la muerte se orienta hacia el desarrollo de una atmósfera hipóxica y el fallo cardiorrespiratorio. En cuanto a los hallazgos necrópsicos, a nivel externo debe descartarse la presencia de lesiones en labios, mejillas, barbilla y nariz, en forma de hematomas o erosiones, que puedan orientar hacia intentos de efectuar una presión sobre la región facial, aunque estas lesiones sean más típicas de la estrangulación (6); mientras que, a nivel interno, se deben buscar hemorragias y desgarros de la mucosa de la cavidad oral, incluido el frenillo del labio superior como resultado de una fuerte presión contra los dientes, si bien éstas suelen ser raras si no se aplica una gran violencia, todo ello con el objeto de descartar la etiología homicida de la muerte (4). Se ha considerado que la presencia de humedad en la cara interna de la bolsa de plástico sería debido a que la misma habría sido colocada mientras el sujeto permanecía en vida, ya que procedería de la condensación de la respiración, si bien esta idea ha sido descartada al poder ser originada por evaporación desde la piel (3).

CONCLUSIONES

En la sofocación por bolsa de plástico puede sobrevenir la muerte rápidamente sin dejar "estigmas" específicos; en los casos de suicidio se debe descartar una intoxicación, que como ya señalamos es el medio más empleado por el sexo femenino para alcanzar el óbito. No es posible detallar la frecuencia de los "suicidios combinados" en nuestro país, debido a que en el Anuario Estadístico español no se recogen, así como tampoco se realiza una distinción entre los distintos mecanismos asfícticos, salvo la suspensión. La complejidad de los medios empleados en los suicidios combinados hace que en numerosas ocasiones se cuestione la etiología médicolegal de la muerte, por ello debe realizarse un cuidadoso estudio del lugar de los hechos y de la práctica necrópsica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marruecos L, Nogué S, Nolla J. Toxicología clínica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica SA; 1993. p. 183-90.
2. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y Toxicología, 4ª edición. Barcelona: Salvat SA; 1992. p. 262-5.
3. Knight B. Forensic Pathology. London: Edward Arnold; 1991. p. 327-8, 527-9.
4. Spitz W, Fisher R. Medicolegal investigation of death, 3ª edición. Springfield: Charles C Thomas; 1993. p. 479-81.
5. Blanco-Pampín JM, Suárez-Peñaranda JM, Rico-Boquete R, Concheiro-Carro L. Planned complex suicide. *Am J Forensic Med Pathol* 1997; 18: 104-6.
6. Gordon Y, Shapiro HA, Berson SD. Forensic Medicine, 3ª edición. New York: Churchill Livingstone; 1991. p. 99.
7. Anuario Estadístico de España. Defunciones según la causa de la muerte. Madrid: Artes Gráficas; 1996. p. 100.

Muerte súbita de origen cardiaco en la edad pediátrica.

[*Cardiac sudden death in infancy-childhood and adolescences.*]

[*Morte súbita de origem cardíaca na criança.*]

Beatriz Aguilera Tapia

Doctora en Medicina. Especialista en Anatomía Patológica. Facultativo. Servicio de Histopatología. Departamento de Madrid del Instituto de Toxicología. Ministerio de Justicia.

Aguilera Tapia B. Muerte súbita de origen cardiaco en la edad pediátrica. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII(86-87): 49-55.

RESUMEN: Se revisan las principales causas de muerte súbita cardiaca durante el primer año de vida, causas que pueden simular un síndrome de muerte súbita del lactante y, las patologías cardiacas que con mayor frecuencia ocasionan muerte súbita durante la niñez y adolescencia. Se destaca el problema de la muerte súbita cardiaca con corazón estructuralmente normal, casos en los que el estudio del sistema de conducción y la biología molecular pueden aportar soluciones.

PALABRAS CLAVE: Medicina legal, Medicina Forense, Muerte súbita, Miocardiopatías, Enfermedad coronaria, Sistema de Conducción, Pediatría.

RESUMO: São revistas as principais causas de morte súbita cardíaca durante o primeiro ano de vida, causas que podem simular uma síndrome de morte súbita infantil e as patologias cardíacas que com maior frequência levam à morte súbita durante a infância e a adolescência. Realça-se o problema da morte súbita cardíaca com um coração de estrutura normal, casos nos quais o estudo do sistema de condução e a biologia molecular podem sugerir soluções.

PALAVRAS-CHAVE: Morte súbita, miocardiopatias, doença coronária, sistema de condução.

ABSTRACT: The main causes of sudden cardiac death during the first year of life, childhood and adolescence are reviewed. The great problem of sudden cardiac death with structurally normal heart is analyzed, cases in which conduction system and molecular biology studies can apport new apoa-ches in this important field.

KEY WORDS: Sudden death, Cardiomyopathy, Coronary Disease, Conduction System.

Las enfermedades cardiacas constituyen una de las principales causas de muerte súbita e inesperada en niños y adolescentes.

Desconocemos la incidencia en España, debido que aún existen numerosos casos en los que no se realiza una autopsia completa que incluya el estudio histopatológico de los órganos.

Desde un punto de vista práctico, se expondrán las patologías cardiacas que pueden simular un síndrome de muerte súbita del lactante (hasta un año de edad) y aquellas que son causa de muerte súbita en niños y adolescentes (de 2 a 18 años de edad).

CAUSAS CARDIACAS DE MUERTE SÚBITA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

Frente al fallecimiento inesperado de un lactante, generalmente durante los primeros seis meses de vida y, a veces en circunstancias que pueden ser muy conflictivas, como son las que ocurren en las guarderías, es obligatorio realizar la necropsia completa que incluye análisis químico-toxicológico y microbiológico, con el fin de determinar si existe o no causa que explique la muerte inesperada de ese lactante, generalmente sano y bien cuidado.

Son varias las patologías cardíacas que pueden simular un síndrome de muerte súbita del lactante (1):

- **Miocarditis.** Durante el primer año de vida, la causa más común de miocarditis en lactantes aparentemente sanos son las infecciones por virus Cocksackie, especialmente los del grupo B.

Macroscópicamente el corazón puede estar aumentado de peso y presenta petequias epicárdicas, que son un hecho frecuente en los casos de síndrome de muerte súbita del lactante. Histológicamente se observa una necrosis en general muy extensa de las fibras miocárdicas acompañado de infiltrado de células inflamatorias difuso en los que predominan los linfocitos, histiocitos y escasas células plasmáticas.

En nuestra experiencia es llamativa la discordancia que existe entre la extensa lesión morfológica y la ausencia de manifestaciones clínicas.

- **Fibroelastosis endocárdica.** Esta lesión que consiste en un engrosamiento del endocardio por aumento de las fibras elásticas y colágenas, puede ser idiopático o secundario a una anomalía cardíaca como la estenosis aórtica congénita.

La forma idiopática suele ser causa de muerte súbita en las primeras semanas de vida. Característicamente el corazón adopta una forma redondeada, por la dilatación globoide del ventrículo izquierdo que muestra un endocardio engrosado, blanquecino.

Se desconoce su etiología y la mayor parte de los casos son esporádicos, aunque excepcionalmente se han descrito casos familiares.

- **Estenosis congénita de la válvula aórtica.** Es uno de los defectos congénitos que puede debutar como muerte súbita en el primer año de vida, en lactantes asintomáticos. La forma más frecuente es su presentación como una válvula unicúspide.

- **Tetralogía de Fallot.** Caracterizado por comunicación interventricular, estenosis pulmonar, cabalgamiento de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho, es una de las formas más frecuente de cardiopatía congénita. El único caso que hemos observado, no se había diagnosticado en vida y, al parecer, era asintomático.

- **Origen anómalo de la coronarias.** Es el origen de una o las dos coronarias en el tronco de la pulmonar, la anomalía en el origen de las coronarias que producen el fallecimiento durante el primer año de vida. Cuando sólo una coronaria se origina en la pulmonar, en la mayoría de los casos es la izquierda (síndrome de Bland-White-Garland), suelen morir en los doce primeros meses de vida, a menos que se haga la corrección quirúrgica. El corazón se presenta aumentado de tamaño, con fibrosis o infartos del miocardio y esclerosis endocárdica, producto de la isquemia del ventrículo izquierdo. La coronaria derecha aparece muy prominente y flexuosa, tratando de compensar la oxigenación venosa que lleva la coronaria izquierda (2).

- **Drenaje venoso pulmonar anómalo.** Puede existir como una malformación cardíaca aislada o asociada a otras. Produce mínima o ninguna sintomatología por lo que simula al Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), generalmente en los primeras semanas de vida. Las venas pulmonares pueden drenar a la vena innominada izquierda, a la cava inferior, seno venoso coronario, a la cava inferior o hacerlo bajo el diafragma, en la unión de la vena suprahepática con la cava inferior. Se produce hipertrofia de las cavidades derechas con foramen oval y/o ductus arterioso permeable (3).

- **Arteritis coronaria. Enfermedad de Kawasaki.** Afecta a menores de 5 años. En la fase aguda (en los once primeros días), aparecen síntomas relacionados con miocarditis, pericarditis e insuficiencia valvular. En la fase subaguda (entre los once y los veintiún días) puede aparecer trombosis coronaria complicada o no con infarto de miocardio. En la fase tardía se producen los aneurismas coronarios que sufren trombosis y producen infartos de miocardio y constituyen la principal causa de muerte súbita de esta entidad (4).

- **Calcificación idiopática de las arterias en la infancia.** Entidad muy infrecuente que afecta en general a lactantes menores de 6 meses, sin predilección por ningún sexo. Morfológicamente se caracteriza por calcificación de la lámina elástica interna y capa media de las coronarias y otras arterias del cuerpo, acompañada por proliferación fibrointimal, que puede determinar infarto de miocardio (5)

- **Miocardiopatía.** Se han descrito casos de Miocardiopatía hipertrófica (que será descrita más adelante) y de Miocardiopatía histiocitoide.

La miocardiopatía histiocitoide también descrita como "Tumor o hamartoma multifocal de células de Purkinje", se presenta generalmente en menores de 2 años, con claro predominio del sexo femenino, manifestándose por arritmias refractarias al tratamiento, taquicardia ventricular o muerte súbita. Se considera una lesión hamartomatosa formada por múltiples acumulos subendocárdicos localizados en vecindad del sistema de conducción, constituidos por células que recuerdan a las de Purkinje inmaduras (6, 7).

- **Rabdomiomas.** Pueden presentarse en forma aislada o como una manifestación más de una esclerosis tuberosa. Los rabdomiomas probablemente son causa de muerte súbita por interferir en la conducción cardíaca (8).

- **Anomalías en el sistema de conducción.** Fallos en la regulación neurovegetativa cardíaca que explicarían alteraciones arrítmicas o cambios en los intervalos Q-T, se han descrito como causa de muerte súbita del lactante (9).

En el estudio del sistema de conducción de 87 casos de muerte súbita del lactante, en 7 casos demostramos la presencia de vías accesorias tipo Mahaim que favorecerían la aparición de síndromes de preexcitación y en un caso encontramos displasia de la arteria que irriga el nodo A-V (10). También se han descrito infiltrados hemorrágicos de los nodos, infiltrados que probablemente sean secundarios a las maniobras de reanimación.

CAUSAS CARDIACAS DE MUERTE SÚBITA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

A diferencia de la muerte súbita de origen cardíaco que ocurre en los lactante, la que aparece durante el sueño, en el niño y especialmente en el adolescente, suele aparecer en relación con el ejercicio físico o estrés, presentándose como sensación de mareo o falta de aire seguido de caída al suelo con pérdida de conocimiento durante o corto tiempo después de realizar una actividad física. En nuestra experiencia, suelen transcurrir escasos minutos entre la aparición de las molestias y el fallecimiento, ingresando por lo

general en urgencias en parada cardiorrespiratoria. En algunos casos se ha podido registrar taquicardia ventricular durante las maniobras de reanimación.

Es muy difícil determinar la real incidencia de las causas de muerte súbita debido a que las series publicadas estudian periodos de edad variables y por lo tanto no comparables o algunas series consideran todas las causas de muerte súbita y otras sólo las causas cardíacas (11-13). Por otra parte, aún hay casos en los que no se realiza una autopsia completa que incluya el estudio histopatológico del corazón y del sistema de conducción. En el estudio de Neuspiel sobre causas de muertes súbitas en niños y adolescentes (11), sólo el 84 % de los 207 casos estudiados fueron autopsiados.

En España no tenemos la certeza de cuales son las entidades patológicas que más frecuentemente la producen. Por la misma razón, desconocemos cuantos de estos casos son familiares.

En las series estadounidenses, donde revisan casos de muerte súbita cardíaca entre el año de vida y los 30 años la frecuencia varía entre el 1.3 y el 8.5 por 100.000 habitantes, con claro predominio de los varones (13). En estas series, las causas más comunes de muerte súbita cardíaca son las miocarditis, la miocardiopatía hipertrófica, la patología coronaria, las anomalías en el origen de las coronarias, alteraciones en el sistema de conducción, el prolapso de la válvula mitral y la disección aórtica.

En dos series hospitalarias que estudian 327 casos de casos de muerte súbita en pacientes con patología cardíaca conocida, la estenosis aórtica, la tetralogía de Fallot y la hipertensión pulmonar determinan la mitad de estos fallecimientos (13).

El dilema de la muerte súbita cardíaca en personas con corazón normal o casi normal, constituye un reto para cardiólogos y patólogos. En las diversas series consultadas (14, 15, 16,) existe una enorme variación en cuanto a la frecuencia de estos casos, que varía entre 5 y 19%. No todas realizan de rutina análisis quimicotoxicológico, fundamental en nuestros días debido al consumo de drogas.

En opinión de Myerburg (17) existen cuatro categorías de muerte súbita cardíaca con corazón normal o casi normal:

1.- Presencia de eventos desencadenantes que interactúan con anomalías estructurales

(tóxicos, metabólicos, electrolíticos, autonómicos, isquémicos y hemodinámicos).

2.- Anormalidades de la repolarización de alto riesgo especialmente por síndrome de Q-T largo congénito o adquirido.

3.- Alteraciones cardiacas mínimas que son irreconocibles con las metodologías actuales o no reconocidas por los examinadores.

4.- Fibrilación ventricular idiopática.

En una revisión hecha en el estado de Maryland en 166 casos de muerte súbita cardíaca, que excluyen las isquémicas. El 41% se debe a miocardiopatías y como segunda frecuencia, constituyendo el 20% de la serie están las inexplicadas, por delante en frecuencia sobre las enfermedades valvulares (19%), miocarditis, coronarias y cardiopatías congénitas. En este cita no precisan la edad del grupo estudiado (18).

A veces, los casos de muerte súbita pueden ser familiares y afectar a 3 o 4 generaciones (19, 20). En la familia presentada por Green (19), 10 miembros fallecen inesperadamente entre los 4 y 43 años y otros dos tenían antecedentes de síncope.

Recientemente se ha publicado el caso de una familia con varias muerte súbita en jóvenes; las dos hermanas fallecen a los 12 y 16 años mientras competían en natación y en una carrera. Un hermano de 19 años fallece mientras conducía un coche robado. En el estudio necrópsico no se encontraron alteraciones estructurales cardiacas. La madre de 39 años y otra hermana de 19, presentaban antecedentes de síncope, con ECG normal. Sin embargo, en el test de esfuerzo, se detectaron extrasístoles ventriculares y taquicardia ventricular. No había prolongación del tiempo Q-T. Los autores postulan que se trata de un síndrome hereditario con arritmias ventriculares inducidas por descarga de catecolaminas (21).

Esto nos hace recalcar, que si bien los casos de muerte súbita de origen cardíaco representan casos excepcionales, aunque terriblemente dolorosos para sus familiares y amigos, es importante tratar de identificar aquellos casos de conocida tendencia familiar, para dar el oportuno consejo a sus allegados, por ejemplo la miocardiopatía hipertrófica y arritmogénica. Por otra parte, dado el gran avance que se está produciendo en la biología molecular, aquellos casos en los que no se demuestra patología, puede constituir un material inapreciable para el estudio genético.

PATOLOGÍAS O ANOMALÍAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA PUEDEN OCASIONAR MUERTE SÚBITA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Miocardiopatía hipertrófica (MHC).

Ha sido definida por el Comité Internacional de la OMS para la clasificación de la Miocardiopatías como: "Una lesión miocárdica caracterizada por hipertrofia ventricular izquierda y/o ventricular derecha, habitualmente asimétrica y que compromete el septo interventricular (Ilustración 1). Presentan un volumen ventricular izquierdo normal o reducido. Es una enfermedad familiar con una herencia autosómica dominante. Se debe a una mutación de los genes de las proteínas contráctiles de las sarcómeros. Los cambios morfológicos típicos son la gran hipertrofia de los miocitos, dispuestos en áreas desordenadamente y fibrosis miocárdica (Ilustración 2). Las arritmias y la muerte súbita prematura son comunes" (22).

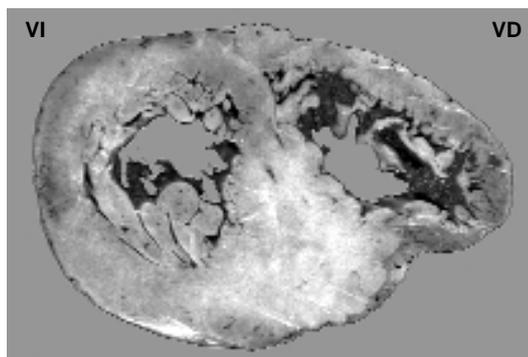


Ilustración 1. Corte transversal por ventrículos para demostrar la forma asimétrica de miocardiopatía hipertrófica.

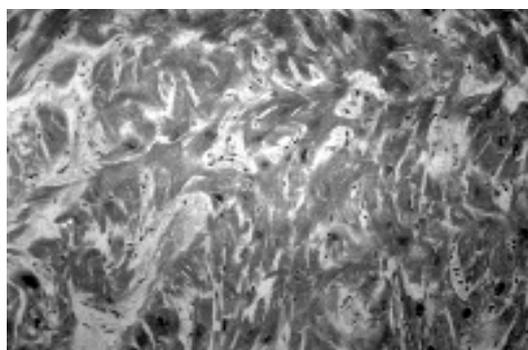


Ilustración 2. Corte histológico de miocardio. Gran desorden e hipertrofia de las fibras miocárdicas.

Si bien es cierto que la mayoría de los casos se detectan en la pubertad, puede manifestarse en recién nacidos y lactantes. En los niños pequeños, la MCH es atípica, pues puede manifestarse más por obstrucción derecha que izquierda, además presentan soplo sistólico paraesternal o signos de insuficiencia cardíaca (23, 24)

En niños y adolescentes suele ocasionar muerte súbita a temprana edad, aún estando asintomáticos. Dada la alta incidencia de muerte súbita en estos pacientes, uno de los problemas es poder identificar los grupos de alto riesgo. La presencia de síncope, gran hipertrofia e historia familiar, son índices de muerte precoz (25). Es importante destacar que puede producirse la muerte súbita en ausencia de hipertrofia en el electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma (ECO), y en estos casos, existe el desorden morfológico del miocardio característico de ésta entidad (26).

Recientemente, un estudio, ha demostrado que la existencia de puenteo coronario o trayectos intramurales de una rama coronaria, empeora el pronóstico de niños afectados de MCH. En aquellos que se demostró compresión de la rama coronaria descendente anterior, presentaban una frecuencia significativamente mayor de dolor precordial, taquicardia ventricular y parada cardíaca. La presencia de estos "myocardial bridging" favorecería la isquemia miocárdica, pues durante el diástole, persiste una compresión de la luz de la arteria que sigue el curso intramiocárdico (27).

La MCH es la principal causa de muerte súbita en atletas jóvenes, según revisiones norteamericanas (28).

Miocardopatía arritmogénica.

El comité internacional para la clasificación de las miocardopatías la ha denominado "*Miocardopatía arritmogénica del ventrículo derecho*" y la ha definido como una miocardopatía caracterizada por un reemplazo progresivo del miocardio ventricular derecho por tejido fibroadiposo, que típicamente en un comienzo es regional y luego global; puede existir cierto compromiso ventricular izquierdo, pero característicamente el septo interventricular no está afectado. Es común que sea una enfermedad familiar, habiéndose demostrado una herencia autosómica

dominante con penetrancia variable. Es común su presentación con arritmias y muerte súbita en jóvenes (22).

En nuestra experiencia, es más frecuente como causa de muerte súbita que la MCH representando el 6.8% de las muertes en menores de 35 años. Afecta predominantemente a varones y más de un 50% fallece practicando un deporte. En cuanto a la afectación ventricular, hemos observado que en la mayoría de los casos era biventricular, habiendo encontrado algunos casos con compromiso exclusivo del ventrículo izquierdo, donde se observa un reemplazo del tercio o mitad subepicárdica del miocardio por tejido fibroadiposo (29).

Es importante destacar que algunos de estos casos han sido familiares y que a pesar de que algunos presentaron en vida sintomatología, preferentemente síncope, no fueron diagnosticados, siendo por lo tanto importante recalcar la dificultad diagnóstica para clínicos, forenses y patólogos.

Anomalías en el origen de las coronarias.

Pueden ser causa de isquemia miocárdica y por lo tanto manifestarse por arritmias, angina, infarto y muerte súbita.

En una revisión de 7.857 autopsias pediátricas, se observó en el 0.5% de los casos (30), en cambio en una gran serie de 38.703 pacientes evaluados angiográficamente se encontró en un 1.55% (21). Hay variantes anatómicas, sin repercusión funcional y otras patológicas que son las que producen sintomatología o pueden manifestarse por muerte súbita, especialmente en relación a ejercicio intenso.

Según la serie de Lipsett y cols., de los 35 casos en los que se observó una anomalía en el origen coronario, el origen ectópico desde la aorta ocurre en el 43 % y desde la pulmonar en el 40% de los casos. Por lo tanto, frente a una muerte súbita en niños y adolescentes, es imprescindible verificar el origen de las coronarias, el trayecto que siguen, la forma de los ostium, el ángulo que forman las coronarias con la pared aórtica.

Cuando una de las coronaria se origina en otro seno de Valsalva (La coronaria derecha en el seno izquierdo; la izquierda o sus ramas en el derecho), cuando el trayecto se hace en la adventicia aórtica y/o pasa entre la aorta y la pulmonar,

es la forma que con mayor frecuencia la muerte súbita se asocia con el ejercicio.

También puede existir una coronaria única e hipoplasia coronaria (32).

Anomalías en el sistema de conducción.

Si en el estudio macroscópico del corazón no se ha encontrado una patología que explique la muerte súbita, es necesario hacer estudio del sistema de conducción.

La displasia fibrointimal de la arteria nodal, con reducción en más de un 75% de la luz de ésta arteria, es la lesión que más frecuentemente hemos encontrado (33). También deben descartarse tumores como los de Purkinje y heteropias endodérmicas poliquísticas (mal llamado mesotelioma del nodo A-V) (34).

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdes-Dapena M, McFeeley P, Hoffman H, Damus K, Franciosi R et al. Sudden Infant Death Syndrome. Washington: AFIP; 1993.
2. Gonzalez C, Germano V, Torán N, Ruiz MC y Rona V. Muerte súbita de un lactante de 4 meses asociada a origen anómalo de la arteria coronaria izquierda. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48:289-91.
3. Byard R, Moore L. Total anomalous pulmonary venous drainage and sudden death in infancy. *Forensic Science Int* 1991; 51:197-202.
4. Virmani R, Atkinson J, Fenoglio J. Coronary Vasculitis. **En/In:** Cardiovascular Pathology. (Major problems in Pathology, v 23). Philadelphia: Saunders; 1991
5. Silver MD. Cardiovascular Pathology. 2ª/nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1991.
6. Gelb A, Sh van Meter, Billingham M, Berry G, Rouse R. Infantile Histiocytoid Cardiomyopathy-Myocardial or conduction system hamartoma. *Human Pathol* 1993; 24: 1226-31.
7. Rossi L. Multifocal Purkinje-Like tumor of the heart. Occurrence with other anatomic abnormalities in the atrioventricular junction of an infant with junctional tachycardia, Lown-Ganong-Levine syndrome, and sudden death. *Chest* 1985; 87: 340-5.
8. Ragle D, Dexter D y Mc Gee M. Cardiac Rhabdomyoma presenting as sudden infant death syndrome. *J Forensic Sciences* 1989;34:694-8.
9. Towbin JA, Friedman. Prolongation of the QT and the sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338: 1760-1.
10. Suarez-Mier MP, Aguilera B. Histopathology of the conduction system in sudden infant death. *Forensic Science International* 1998; 93: 143-54.
11. Neuspiel D., Kuller L. Sudden and unexpected natural death in childhood and adolescence. *JAMA* 1985; 254: 1321-5.
12. Topaz O, Edwards J. Pathologic features of sudden death in children, adolescents and young adults. *Chest* 1985; 87: 476-82.
13. Liberthson R. Sudden death from cardiac causes in children and young adults. *N Engl J Med* 1996; 334: 1039-44.
14. Virmani R, Atkinson J, Fenoglio J. Sudden cardiac death. **En/In:** Cardiovascular Pathology. (Major problems in Pathology, v 23). Philadelphia: Saunders; 1991
15. Siboni A y Simonsen J. Sudden unexpected natural death in young persons. *Forensic Science International* 1986; 31: 159-66.
16. Arthur J. Sudden deaths: cardiac and non cardiac in children in Accra. *West African J Med* 1995; 14: 108-11.
17. Myerburg R. Sudden cardiac death in persons with normal hearts. *Am J Cardiol* 1997; 79: 3-9.
18. Virmani R, Burke A, Farb A, Smialek J. Problems in Forensic Cardiovascular Pathology. **En/In:** Schoen FJ, Gimbrone MA, **autores/editores.** Cardiovascular pathology: clinicopathologic correlations and pathogenetic mechanisms. Baltimore: Williams & Wilkins 1995.
19. Green R, Korovetz J, Shanklin D, de Vito J, Taylor J. Sudden unexpected death in three generations. *Arch Intern Med* 1969; 124: 359-63.
20. Brookfield L, Bharati S, Denes P, Halstead D, Lev M. Familial Sudden death. Report of a case and review of the literature. *Chest* 1988; 94: 989-93.
21. Myriantsefs M, Cariolou M, Eldar M, Minas M y Zambartas C. Exercise-induced ventricular arrhythmias and sudden cardiac death in a family. *Chest* 1997; 111: 1130-3.
22. Report of the 1995 World Health Organization International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation* 1996; 93: 841-2.
23. Maron BJ, Tajik AJ, Ruttenberg MD. Hypertrophic cardiomyopathy in infants: Clinical features and natural history. *Circulation* 1982; 65: 7-17.
24. Silver M, Benson L, Wigle D. Cardiomegaly in a young infant. *Cardiovascular Pathology*

1996; 5: 271-7.

25. Saenz de la Calzada C, Tello de Meneses R, Delgado J, Gomez J, Gomez MA y González E. Historia natural de la miocardiopatía hipertrófica. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49: 214-25.

26. Maron B, Kragel A, Roberts W. Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy with normal left ventricular mass. *Br Heart J* 1990; 63: 308-10.

27. Yetman A, McCrindle B, Mac Donald C, Freedom R, Gow R. Myocardial bridging in children with hypertrophic cardiomyopathy- a risk for sudden death. *N Engl J Med* 1998; 339: 1201-9.

28. Maron B, Epstein SE, Roberts W. Causes of sudden death in competitive athletes. *J Am Coll Cardiol* 1985; 7: 204-14.

29. Aguilera B, Suarez-Mier MP, Morentin B. Miocardiopatía arritmogénica como causa de muerte súbita en España. Presentación de 21 casos (próxima aparición).

30. Lipsett J, Cohle SD, Berry PJ, Byard RW.

Anomalous Coronary Arteries. A multicenter Pediatric Autopsy Study. *Pediatric Pathology* 1994; 14: 287-300.

31. Hobbs RE, Millit HD, Raghavan PV, Moodie DS, Sheldon C. Congenital coronary artery anomalies. Clinical and therapeutics implications. *Cardiovasc Clin* 1982; 12: 43-58.

32. Aguilera B. Esquemas de patología coronaria. *Boletín Galego de Medicina Legal y Forense* 1996; 6: 21-6.

33. Cabeza M , Donat E, Aguilera B. Muerte súbita y displasia de la arteria del nodo auriculoventricular. *Rev Esp Med Legal* 1998; 82: 48-9.

34. Monzón F, Aguilera B, Martínez-Peñuela JM, Oliva H. Heterotopia endodérmica poliquística del nódulo auriculoventricular. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 257-61.

Agradecimientos:

A todos los Médicos Forenses que nos remiten los casos de autopsia para estudio histopatológico, contribuyendo al estudio de las causas de muerte súbita en nuestro país.

Activación emocional y memoria de los testigos presenciales.

[*Emotional activation and eyewitness memory.*]

[*Aactivação emocional e as declarações das testemunhas presenciais.*]

Izaskun Ibabe Erostarbe

Doctora en Psicología. Profesora Asociada. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

Ibabe Erostarbe I. Activación emocional y memoria de los testigos presenciales. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII(86-87): 56-65.

RESUMEN: Los sucesos en los que se hallan involucrados los testigos son situaciones donde la activación emocional aparece en mayor o en menor grado. La influencia de la activación emocional sobre la exactitud del testimonio es un tema controvertido, ya que los resultados obtenidos en los sucesos reales no son los esperados por los expertos en memoria de testigos. Aunque existe la creencia de que los altos niveles de estrés empeoran la exactitud del testimonio, en las investigaciones sobre sucesos traumáticos de la vida real los testigos parece que recuerdan mejor un suceso de alto nivel emocional que otro de menor nivel, y ese recuerdo se mantiene mejor con el paso del tiempo.

PALABRAS CLAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, Memoria de Testigos, Testimonio, Estrés emocional.

RESUMO: Os factos nos quais as testemunhas se vêm envolvidas são situações que despertam activação emocional em maior ou menor grau. A influência da activação emocional sobre a exactidão do testemunho é um assunto controverso, uma vez que os resultados obtidos nos factos reais não são os esperados pelos peritos em provas testemunhais. Apesar de se pensar que os níveis elevados de stress pioram a exactidão do testemunho, nas investigações sobre ocorrências traumáticas da vida real, as testemunhas lembram-se melhor de um facto de alto nível emocional que de outro de nível inferior, e essa lembrança perdura melhor ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Declaração de testemunhas, testemunho, stress emocional.

ABSTRACT: The events in those which are involved the eyewitnesses are situations where the emotional activation appears in greater or in smaller degree. The influence of the emotional arousal on the accuracy of the testimony is a polemic topic, because the results obtained in the real events are not waited them for the experts in witnesses memory. It exists the belief of the fact that the high levels of stress worsen the accuracy of the testimony. Though in the investigations on traumatic events of the real life the witnesses seemingly remember better an emotional top-level event than other of smaller level, and that recall is maintained better over time.

KEY WORDS: Eyewitness Memory, Testimony, Emotional stress.

Una variable cognitiva que afecta a la exactitud del testimonio es el estrés emocional de los testigos producido por los sucesos emocionales en los que se hallan involucrados. El estrés emocional es el estado de una persona ante una situación amenazante que pone en peligro sus mecanismos homeostáticos, produciendo cambios fisiológicos y cognitivos. La activación emocio-

nal se refiere a los cambios cognitivos producidos en una persona, como consecuencia de la observación de un suceso emocional negativo. Los sucesos emocionalmente negativos son sucesos nuevos, inesperados y potencialmente amenazantes, teniendo la característica de ser sucesos desagradables para los sujetos (1). La activación cognitiva además de tener la característica del

signo (agradable, desagradable), posee el rasgo de la intensidad (alta, moderada o baja), que se evalúa a través de la percepción subjetiva de la persona sobre su estado emocional.

La influencia de la activación emocional sobre la exactitud del testimonio es un tema controvertido, ya que los resultados obtenidos en los sucesos reales no son los esperados por los expertos en memoria de testigos y diferentes, en algunos casos, a los resultados procedentes de sucesos simulados en el laboratorio. Kassin, Ellsworth y Smith en 1989 comprobaron que el 70% de 63 expertos en psicología del testimonio estaban de acuerdo en que los altos niveles de estrés empeoran la exactitud del testimonio (2). Sin embargo, en los sucesos traumáticos de la vida real los testigos recuerdan mejor un suceso de alto nivel emocional que otro de menor nivel emocional, y ese recuerdo se mantiene a través del tiempo (3, 4, 5, 6, 7). No obstante, en algunos estudios simulados el recuerdo de los sucesos emocionales es menor que el de los sucesos neutros o la diferencia entre ambos es muy pequeña (8, 9, 10). Hay que resaltar que en los trabajos de sucesos reales la activación emocional no se manipula de la misma manera que en los sucesos simulados por razones éticas. Para comprender las diferencias en los resultados encontrados en los dos campos de trabajo, se analizarán separadamente los estudios de sucesos reales y los de laboratorio, comparándose seguidamente las características de ambos tipos de estudios.

ESTUDIOS DE SUCESOS REALES

Un método utilizado para estudiar los sucesos reales ha sido analizar los informes de la policía sobre el testimonio de las víctimas o testigos de sucesos traumáticos y otro entrevistar a los testigos presenciales sobre el acontecimiento delictivo cierto tiempo después de haber sido interrogados por la policía, el juez o el abogado.

En la mayoría de los delitos no se tienen pruebas forenses para reconstruir el suceso con detalle y solamente se cuenta con un testigo, la víctima. En los sucesos altamente emocionales de la vida real al testigo-víctima el hecho de haberse visto implicado en un incidente violento le puede causar algún tipo de trastorno psicológico, como estrés postraumático, amnesia o fobia y el testigo puede ser que no desee recordar los detalles para

la investigación. En el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV) publicado por la American Psychologist Association en 1994, entre los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo producido por un acontecimiento traumático está la acusada evitación de estímulos que recuerdan al trauma y la amnesia disociativa que incluye la incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (11). Si los síntomas de este trastorno persisten durante más de un mes se puede convertir en un trastorno por estrés postraumático. En este manual se señala que los testigos observadores de hechos traumáticos pueden padecer también este trastorno. Sin embargo, por medio de técnicas terapéuticas adecuadas el testigo puede llegar a acceder al episodio emocional inaccesible (12). Aunque el testigo víctima es la persona clave a la hora de determinar la culpabilidad o inocencia de un sospechoso, la investigación se ha centrado casi exclusivamente en el estudio de la memoria de testigos observadores (13), tal vez debido a que a estos testigos se les atribuya una mayor fiabilidad en situaciones reales.

Uno de los primeros trabajos en el que se analizan los informes policiales fue el de Kuehn en 1974, cuyo objeto era estudiar la capacidad de las víctimas de crímenes violentos para describir las características físicas de los perpetradores (14). Para ello se utilizó un total de 100 casos, de los cuales 61 eran robos, 22 violaciones, 15 asaltos a personas y 2 homicidios. Evaluó el número de rasgos físicos mencionados entre los 9 siguientes: raza, sexo, edad, estatura, peso, constitución, complexión, color de pelo y ojos. Las víctimas que habían sido heridas daban menos información que cuando no lo habían sido, pero el autor sugiere que esta diferencia puede deberse a la incapacidad de la policía para entrevistar a las víctimas gravemente heridas o a la incapacidad de las mismas víctimas para informar. Además, los testigos daban unas descripciones más completas en los robos que en los asaltos a personas y violaciones. En un robo sólo hay un peligro potencial de daño físico, sin embargo, en un asalto y en una violación se produce un ataque físico violento. Por tanto, parece que la percepción de los rasgos físicos del agresor es menor cuanto más grave es el delito. Sin embargo, como no se comprobó si las características descritas correspondían a los rasgos de las personas arrestadas,

no se pudo conocer la exactitud de dichas descripciones. Y puede ser que la cantidad de información aportada por el testigo no tenga una relación directa con la exactitud. En un estudio de laboratorio obtuvo una correlación negativa entre la cantidad y la exactitud de la información [$r = -0,34$] (15).

En otros trabajos los investigadores entrevistan a los testigos presenciales directamente algunos meses después de haber ocurrido el suceso, y se valora la exactitud del testimonio en base a los datos forenses, médicos y policiales. Yuille y Cutshall en 1986 estudiaron a 13 testigos de un robo en una tienda de armas, donde muere el ladrón y queda herido el propietario de la tienda (6). La policía entrevistó a los testigos presenciales en las 48 horas siguientes al suceso y los investigadores 4 ó 5 meses después de haber ocurrido el mismo. Los resultados indican un alto grado de exactitud en el recuerdo libre y un deterioro muy bajo a lo largo del tiempo. El estrés experimentado durante el incidente se evaluó en la entrevista de los investigadores mediante una escala de 7 puntos. Los sujetos con niveles altos de estrés mostraron una exactitud media de un 93% en la entrevista inicial y un 88% a los 4 ó 5 meses, mientras que la exactitud total de los testigos con niveles más bajos era del 75% en la entrevista policial y del 76% en la entrevista de la investigación. Había diferencias significativas entre los sujetos clasificados con alto nivel de estrés y los de bajo, pero sólo en la exactitud de la entrevista inicial. Además, se dio un mayor número de errores en la descripción del ladrón que en la descripción de objetos. También cabe señalar la clasificación de los testigos en centrales y periféricos, dependiendo de la situación en que se encontraban en el momento del incidente. Los testigos centrales mencionaron dos veces más características del ladrón que los periféricos, pero no hubo diferencias en cuanto a su exactitud.

Una manera más adecuada de estudiar la influencia de la activación emocional en sucesos reales es comparar la exactitud de diferentes tipos de sucesos en función del grado de violencia. Cutshall y Yuille en 1989 estudiaron 4 robos con múltiples testigos, tres de ellos fueron considerados violentos ya que se producía la muerte del perpetrador (4). En los sucesos violentos la exactitud del recuerdo fue mayor que en el no

violento, manteniéndose bien la información a lo largo de meses e incluso de años.

Por otro lado, Christianson y Hübnette en 1993 para comprobar si en una situación emocional la información directamente relacionada con la causa de la activación emocional se recuerda de la misma manera que la información no relacionada directamente, examinaron 22 atracos a bancos y a un total de 58 testigos, los cuales tenían que rellenar un cuestionario sobre su estado emocional en el momento del atraco (16). Los detalles directamente relacionados con el suceso emocional (acción, arma o ropa) se mantuvieron bien a través del tiempo, pero no fue significativa la relación entre el grado de emoción subjetiva y el número de detalles recordados. Aunque el recuerdo de los detalles circunstanciales del acontecimiento (fecha, hora u otras personas) era menor, correlacionó positivamente con la activación emocional subjetiva [$r = 0,48$]. Además, la exactitud de los testigos víctima era superior a la de los testigos observadores. Este resultado se confirmó en un estudio posterior realizado por Tollestrup, Turtle y Yuille, utilizando la información de los archivos policiales de 119 testigos de robos y evaluando la exactitud de la descripción del perpetrador (17). Estos autores encontraron que la presencia de un arma no influía en la cantidad y exactitud de la descripción del perpetrador, pero empeoraba su reconocimiento posterior.

Los resultados de los trabajos anteriores apoyan la idea de que en los sucesos emocionales la información se recuerda y se retiene bien a lo largo del tiempo, sobre todo la información relacionada con la causa de la activación emocional. Los testigos víctimas son más exactos que los observadores en cuanto a la información relacionada con el suceso y con la descripción del sospechoso, tal vez debido a que las víctimas experimentan una activación emocional mayor que los observadores. Aunque Kuehn encontró que las víctimas daban menos información cuanto más grave era el delito, tal vez porque en algunos sujetos se dio una activación emocional extrema y esta activación puede producir una peor percepción del suceso y del asaltante.

Otra forma de abordar el tema ha sido preguntar a la gente sobre su memoria para los sucesos emocionalmente negativos. En este sentido, Christianson y Loftus en 1990 después de entrevistar a 400 personas sobre el recuerdo de hechos

traumáticos, encontraron una relación positiva entre el grado de emoción y el número de detalles centrales que creían recordar, pero no obtuvieron ninguna relación para los detalles periféricos (3). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el 54% de los participantes dijo que había pensado o hablado del suceso por lo menos en 10 ocasiones. Además, Wagenaar y Groeneweg en 1990 analizaron las experiencias extremadamente emocionales de 78 víctimas del campo nazi de concentración Erika 40 años después (5). La información aportada por las víctimas fue comparada con el material de investigación de la policía de esa época y documentos oficiales. El 53% recordaba correctamente los datos de llegada al campo de concentración, el 58% identificó la imagen del campo y, entre los que fueron maltratados, el 80% reconoció el lugar. Aunque, a veces, los sujetos que viven una experiencia traumática pueden presentar amnesia para la información directamente relacionada con dicha situación. Christianson y Nilsson en 1989 presentaron el caso de una víctima de violación que padecía amnesia para el suceso, el asaltante, e incluso para algunos aspectos y acontecimientos anteriores al suceso (12). Por otra parte, Wessel y Merckelbach evaluando el recuerdo de sucesos estresantes (muertes, divorcios o situaciones de miedo) que habían experimentado los sujetos durante su vida, encontraron una correlación positiva superior entre la emoción presente y la información recordada que entre la emoción vivida en el pasado y la memoria actual, tanto para la información central como para la periférica (18). En este caso tampoco se pudo comprobar la exactitud de la información dada por los sujetos.

En resumen, los resultados de los estudios de casos reales indican que la información relacionada con el suceso emocional se retiene bien a pesar del tiempo transcurrido, aunque en situaciones traumáticas los sujetos pueden sufrir de amnesia retrógrada. Sin embargo, no se ha encontrado relación entre el estrés emocional subjetivo y la exactitud de la información relacionada con el suceso. Tal vez porque la activación emocional se evalúa tiempo después de haber ocurrido el hecho. Por todo eso, es posible que cuando un suceso emocional tenga una implicación personal importante para el testigo, éste recuerde y retenga mejor la información referente al hecho. De todas maneras, hay que

tener en cuenta que en algunos estudios analizados solamente se evalúa la cantidad de información aportada por los testigos y no se tiene en cuenta la exactitud de esa información.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

La activación emocional de los sucesos reales es análoga a la activación de los sucesos simulados cuando la activación procede del propio suceso a recordar (19). En este caso el origen de la activación emocional es interno al suceso, ya que la causa de la emoción coincide con la información a evocar, en contraste con los estudios en los que la causa de la activación no tiene ninguna relación con el material a recordar (choques eléctricos o ruidos fuertes). Para inducir sucesos emocionalmente negativos en el laboratorio relevantes para la memoria de testigos se pueden presentar películas o diapositivas de hechos delictivos o accidentes de tráfico que provoquen sentimientos desagradables en el observador (persecución, disparos, peleas o accidentes), o se pueden representar en vivo discusiones, peleas o robos.

En los trabajos de laboratorio habitualmente participan estudiantes voluntarios, a los cuales se les presenta un suceso emocional o neutro y se evalúa su memoria inmediatamente o después de un intervalo de tiempo, mediante una prueba de recuerdo libre, preguntas abiertas, verdadero-falso o alternativas múltiples. En cuanto a la forma de presentación del suceso, las películas se parecen algo más a las situaciones reales que las diapositivas, porque son más dinámicas, tienen acción, y además proporcionan un control de variables extrañas similar al de las diapositivas, sin sus desventajas (20). No obstante, cuando se representa en vivo un suceso se realiza en contextos habituales para los sujetos y no tienen conocimiento previo de que se trata de una simulación, aunque el control experimental es inferior.

Aunque en las investigaciones de los sucesos reales hay una consistencia en que los aspectos centrales de los sucesos emocionales se retienen bastante bien, en los estudios de laboratorio los resultados parecen contradictorios. En una revisión de Deffenbacher de 21 trabajos sobre arousal y memoria de testigos, 10 de ellos mostraban que el alto arousal aumentaba la exactitud de los

testigos, mientras que 11 mostraban una baja exactitud (21). En estos trabajos el origen del estrés era variado (ruido, rasgo de ansiedad, choques eléctricos) y están lejos de ser análogos a los sucesos traumáticos, en los cuales la causa del estrés es el propio suceso (22).

Christianson y Loftus presentaron a los sujetos las mismas diapositivas en tres condiciones (neutra, emocional, inusual), excepto una que correspondía al suceso crítico y variaba en función de la condición (23). En la versión emocional en la diapositiva del suceso crítico se veía una mujer herida en la calle cerca de una bicicleta, en la versión neutra aparecía la mujer montada en una bicicleta y en la versión inusual la mujer llevaba la bicicleta al hombro. Sin embargo, antes y después del incidente se presentaban las mismas diapositivas en las tres condiciones. Se realizaron 5 experimentos con este material y los resultados demostraron que la información central (detalles acerca del protagonista) se recordaba mejor en la condición emocional, pero la información periférica (detalles del fondo) se recordó mejor en la condición neutra. Burke y colaboradores presentaron las diapositivas de una madre y su hijo visitando el lugar de trabajo de su padre (24). En la condición neutra la visita era a un taller mecánico y en la condición emocional a un quirófano. La activación emocional mejoró el reconocimiento de las acciones y los detalles centrales relacionados espacialmente con el suceso, mientras que empeoró el reconocimiento de los detalles periféricos.

Por otra parte, Ibabe con el objetivo de estudiar la influencia de la activación emocional sobre la exactitud y la cantidad de información recordada, presentó mediante diapositivas el rapto de una niña por su padre o a unos padres jugando con su hija, y por medio de frases introductorias a cada una de las diapositivas que daban argumento a la historia (25). En la narración del suceso la exactitud era mayor en el grupo emocional que en el neutro, pero en la condición neutra era mayor la cantidad de unidades de información recordada. En la narración del suceso el 90% de los sujetos menciona acciones centrales. Los testigos en la condición emocional prestan atención al origen del estrés, atendiendo más a la información central y en concreto, a las acciones centrales.

Los resultados de dos estudios que utilizaron

películas para presentar dos versiones diferentes del suceso (violento, no violento) son contradictorios (8, 9). Por una parte, Clifford y Scott en la condición violenta presentaron a dos policías que buscan a un criminal y se encuentran con una persona reacia a colaborar, donde finalmente hay intercambio de golpes (9). En la condición no violenta hay una comunicación verbal con cierta tensión entre esta persona y los policías, pero no hay violencia física. Los sujetos que vieron la versión violenta obtuvieron peores resultados en un cuestionario de 40 preguntas. Sin embargo, no queda claro en el trabajo si los sujetos de ambas condiciones fueron evaluados sobre idénticas porciones del suceso emocional o si el detrimento encontrado se refería a toda la información de la condición emocional, incluida la información anterior y posterior al suceso crítico (22). Sin esta información los resultados son ambiguos.

Y por otra parte, Clifford y Hollin presentaron un robo con violencia, en el que aparecían una mujer y uno, tres o cinco ladrones, dependiendo de la condición (8). En cambio, el suceso no violento consistía en la búsqueda de una dirección. Los resultados revelaron que la descripción del protagonista era más exacta en la condición no violenta, mientras que en la condición violenta la exactitud decrecía con el aumento del número de perpetradores presentes simultáneamente. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la identificación fotográfica del protagonista.

Además, Loftus y Burns comprobaron si el recuerdo anterógrado (información anterior al suceso crítico), el retrógrado (información posterior al suceso crítico), y el propio suceso crítico varían en función del tipo de suceso (10). En la versión emocional se presenta la película del robo de un banco, donde el ladrón dispara con una pistola a un chico, y en la versión neutra, el disparo se sustituye por una conversación en el banco. El recuerdo se evaluaba por medio de una prueba de alternativas múltiples y otra de preguntas abiertas. La última pregunta hacía referencia al número impreso en la camiseta de fútbol que lleva el chico herido por un disparo. Aunque algunos autores valoran esta pregunta como un detalle anterior al suceso crítico, ya que el número de la camiseta se ve unos segundos antes del disparo. Los sujetos de la condición violenta eran menos exactos que los de la condición neu-

tra en esta pregunta. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los sujetos de ambas condiciones para la fecha, la hora, características físicas del ladrón, acciones de la víctima y detalles asociados al banco. Además, los sujetos recordaron peor la información posterior al momento emocional (amnesia retrógrada), no obstante, apenas hubo diferencias entre la condición emocional y neutra para los detalles asociados con el episodio.

Los estudios simulados en vivo pueden ser útiles para producir un impacto emocional y permitir al investigador examinar sus consecuencias. Yuille y colaboradores en 1994 utilizaron la representación en vivo durante unos cursos dirigidos a reclutas de la policía (26). Un tercio de los sujetos fueron participantes activos mientras que el resto eran observadores. Un testigo avisaba que había visto a un hombre actuando de manera sospechosa en el aparcamiento de coches. Los participantes activos tenían que actuar como oficiales de policía, los cuales tenían que detener al sospechoso y realizar una investigación completa para ver si el hombre era inocente o no. Los sujetos espectadores observaban en vivo la actuación del compañero y del presunto delincuente. Los reclutas no conocían ni al sospechoso ni al testigo. La mitad de los sujetos participantes tenían que actuar en una situación estresante y el resto en una no estresante. En la situación no estresante el sospechoso era muy educado, cooperador y voluntariamente volvía al coche para verificar que era de su propiedad. Sin embargo, en el suceso estresante el sospechoso no cooperaba, evitaba responder y trataba de marcharse. Los resultados indicaron una disminución de la cantidad de información recordada en la condición estresante, pero la exactitud fue superior en esta condición. Además, los reclutas mostraron índices de estrés superiores en el suceso emocional que en el no emocional, habiendo sido evaluado el estrés por medio de una escala de 7 puntos. Por último, se encontró un índice de dificultad percibido también mayor en el suceso estresante que en el no estresante.

Dentro del ámbito de la memoria para los sucesos emocionales, hay una línea de investigación que se ha ocupado de los efectos que produce el estrés cuando un sujeto se encuentra ante objetos amenazantes. En este sentido Loftus, Loftus y Messo postulan la hipótesis denominada

“efecto de focalización del arma” que sugiere que ante la presencia de armas, el testigo tiende a fijarse en ellas y no presta atención a otros estímulos (27). Esta hipótesis se confirmó en el trabajo de Kramer, Buckhout y Eugenio, ya que los sujetos que vieron la diapositiva en la que aparecía una persona con un arma, recordaron menos detalles de esa persona que los sujetos que vieron a la misma persona sin el arma (28). En la vida real la dirección de un arma puede ser cuestión de vida o muerte, por lo tanto, parece lógico pensar que la atención de los testigos vaya donde está el arma. Además, en los sucesos en los que se utiliza algún arma parece que el reconocimiento del autor del hecho es menos exacto que cuando no se utiliza, ya que Tooley y colaboradores encontraron que los sujetos identificaban mejor las fotos del protagonista cuando no había tenido ningún arma en las manos que cuando la había tenido (29).

En resumen, en la mitad de los estudios de laboratorio analizados la exactitud de la información central de las escenas emocionales era superior a la de escenas neutras. Sin embargo, en la otra mitad el rendimiento era mejor en la situación no emocional o apenas se encontraron diferencias. Estos resultados aparentemente contradictorios se pueden deber a las diferencias de los contenidos examinados. Los sucesos emocionales presentados son diferentes (visita a un quirófano, una pelea o robo con violencia), así como la información sobre las personas (acciones o detalles), sobre lugares (hospital, aula o calle) o a la forma de presentación (diapositivas, películas y en vivo).

DIFERENCIAS ENTRE LOS ESTUDIOS DE CAMPO Y LOS DE LABORATORIO

Quizá la diferencia más importante entre los estudios de casos reales y los de laboratorio sea el grado de estrés emocional. De hecho, una de las críticas más importantes realizadas a los trabajos de laboratorio es que, el grado de estrés emocional de los estudios de laboratorio es tan diferente al de los sucesos traumáticos, que no se pueden generalizar los efectos a situaciones de la vida real. Los testigos del laboratorio son esencialmente espectadores que rara vez sienten miedo personal en la magnitud que una víctima o testigo real pueden experimentarlo, por lo que el

recuerdo de los testigos del laboratorio sigue patrones diferentes al de los testigos de la vida real. Además, todos los sucesos reales no pueden ser reproducidos en el laboratorio por problemas éticos. La American Psychologist Association señala que en los trabajos de investigación no se debe producir daño psicológico a los sujetos humanos (30). Christianson y colaboradores resaltan, sin embargo, que por medio de los estudios de laboratorio se obtiene información útil y comparable sobre sucesos muy estresantes, ya que se pueden realizar simulaciones con realismo (22). Por ejemplo, Wessel y Merckelbach mostraron serpientes en un caja a personas que tenían fobia a estos reptiles (31). Esta situación es de un elevado estrés para las personas fóbicas, a pesar de que no corrían ningún peligro físico. Por otra parte, la gran ventaja de los estudios simulados es que el investigador puede evaluar objetivamente la exactitud de todos los detalles del testimonio, no siendo así en los estudios de casos reales.

Los resultados de estudios de sucesos reales y los de laboratorio parecen contradictorios, pudiendo ser debido a que la variable suceso, a veces, se analiza en función de su severidad, grado de violencia o presencia de armas, y otras, en base al estrés emocional, ansiedad o miedo percibido por los testigos. Incluso en la investigación básica se ha visto que los resultados sobre la exactitud del testigo no son comparables, debido principalmente a que la información que se pide a los sujetos no es del mismo tipo. Conveniría comparar trabajos similares en cuanto al tipo de información a recordar de la vida real y de laboratorio. Por otro lado, el impacto que puede producir una misma situación emocional en los sujetos puede ser diferente, y en los estudios de laboratorio sería recomendable evaluar tanto la activación fisiológica como el estado emocional subjetivo de los mismos, para ver si se relacionan con la exactitud del testimonio.

La ausencia de un efecto consistente de la activación emocional probablemente no se deba a la falta del mismo, sino a la complejidad de sus efectos (32). De hecho afecta de forma diferente en función de los contenidos examinados (acciones, descripción de la apariencia física o de la ropa de las personas, descripción de lugares o de objetos), de la posición espacial de la información (central, periférica), del momento del suceso al que se refiere (antes del suceso crítico,

durante el mismo o después) o si la información es relevante o no para el argumento.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ACTIVACIÓN EMOCIONAL

Entre los modelos explicativos que relacionan el estrés emocional con la exactitud del testimonio está la clásica ley de Yerkes-Dodson que relaciona la activación con el rendimiento en una tarea, la hipótesis de Easterbrook sobre el estrechamiento del foco atencional debido al aumento de activación, junto al hecho empírico de la focalización de la atención en el arma y los efectos del grado de impacto personal del suceso, según las fases del procesamiento de la información.

La ley de Yerkes-Dodson señala que el aumento de activación mejora la ejecución en las tareas fáciles, mientras que en las tareas difíciles existe una función en forma de U invertida entre la activación fisiológica y el rendimiento (33). De tal manera que los niveles moderados de activación fisiológica mejoran el rendimiento, mientras que los niveles más bajos o más altos lo empeoran. Con niveles de activación moderados, la eficacia es óptima; ya que el individuo no está ni indiferente ni demasiado activado para responder. Esta ley ha sido criticada por fundamentarse en experimentos con ratas y utilizar choques eléctricos para manipular el nivel de estrés (34). No obstante, se ha aplicado a diversas tareas en sujetos humanos. Deffenbacher aplica esta ley a la memoria de testigos y sugiere que la habilidad óptima del testigo para informar correctamente sobre los detalles del suceso se relaciona con un moderado nivel de estrés (21). Por lo tanto, cuando el testigo tiene un nivel de activación emocional muy alto o muy bajo, la exactitud del testimonio será baja. La aplicación de la ley Yerkes-Dodson a la memoria de los testigos presenciales ha sido criticada, debido a que relaciona la activación fisiológica y el rendimiento de los sujetos en tareas complejas (1).

En la hipótesis de Easterbrook se interpreta la ley de Yerkes-Dodson en términos atencionales. Según esta hipótesis con el aumento de activación se produce una restricción del foco atencional disminuyendo así el número de estímulos percibidos en una determinada situación (35). Se asume que a niveles altos de emoción disminuye la captación de estímulos tanto relevantes como

irrelevantes, por lo que se reduce la eficacia de la respuesta. Como del total de estímulos primero se reducen los irrelevantes, a niveles moderados de emoción los sujetos disponen de una mayor proporción de información relevante, obteniendo así un mejor rendimiento. Hay que destacar que en los trabajos de Easterbrook el origen de la activación emocional es externo. Sin embargo, Yuille y colaboradores interpretaron sus resultados en base a esta hipótesis, ya que los testigos de la condición estresante recordaron menos cantidad de información que los sujetos de la condición no estresante, pero dicha información era más exacta (26). Wessel y Merckelbach también señalan que se cumple esta hipótesis, porque encontraron que los sujetos fóbicos a las serpientes rindieron igual en la información central que los no fóbicos, sin embargo, estos últimos recordaron mejor la información periférica (30).

Cuando el origen o causa del estrés es la presencia de un arma se produce el efecto denominado focalización del arma (26). Cuando un testigo presencia un suceso en el que alguna persona utiliza algún tipo de arma, provoca una alta activación en el testigo y éste concentra su atención en el arma, teniendo así menos tiempo para procesar detalles de la apariencia física del perpetrador y otros aspectos de la situación.

Para explicar la variedad de efectos de los sucesos emocionales sobre la memoria de los testigos Yuille y Tollestrup propusieron el modelo de impacto del suceso (36). Si después de observar un suceso de impacto los testigos dirigen su atención al estado interno (respuesta emocional, miedo o rabia) almacenarán poca información, pero será fácilmente recuperable. Mientras que los sujetos que dirijan su atención al suceso almacenarán la información principal. Si el suceso es de bajo impacto, como puede ser un experimento de laboratorio, habrá una pérdida de información a través del tiempo siguiendo el mismo patrón de olvido que en los acontecimientos diarios. Estos autores, además, proponen el concepto de memorias destacables para explicar una mejor retención de la información en las situaciones de mayor impacto. Las situaciones destacables suponen experiencias personales importantes para los sujetos, con lo cual aumenta la probabilidad de realizar intentos de recuperación y de acentuar el recuerdo este tipo de experiencias. Siguiendo este modelo, las víctimas de sucesos

traumáticos recordarán poca información, si no consiguen paliar los efectos del trauma, ya que este tipo de sucesos puede provocar trastornos de memoria (12, 37).

Varios modelos sugieren la idea de que el rendimiento es mejor cuando la activación es moderada que cuando es alta o baja. Si tenemos en cuenta los trabajos revisados sobre activación emocional, no podemos concluir que la información referente a personas u objetos relacionados con el suceso se recuerde o se mantenga mejor con una moderada activación emocional. Puede ser que dicha activación sea una experiencia personal subjetiva, y que no dependa directamente del grado de violencia del suceso. De tal manera, que aunque un suceso sea emocional a todos los sujetos no les produzca el mismo nivel de activación emocional. El estrés experimentado es el que determina el efecto en procesos como la memoria y no los cambios fisiológicos producidos (38). Esto significaría que la activación emocional subjetiva o percibida por los sujetos en una situación violenta es la que provoca los cambios en el procesamiento de la información.

Por último, hay que tener en cuenta que cuando se manipula el factor nivel de violencia de un suceso se pueden estudiar diferentes variables en relación a la emoción, como la activación emocional, la ansiedad o el miedo. Sin embargo, sugiere que a pesar de las diferencias que existen entre estas variables, sus efectos sobre la exactitud parecen similares (39). Tal vez porque suponen un estado afectivo desagradable para el sujeto. Además, en los estudios de laboratorio habría que conseguir grupos homogéneos en cuanto al estrés crónico o al nivel de ansiedad como rasgo, ya que las personas que padecen estrés crónico prestan menos atención a los estímulos que aparecen a su alrededor (40).

BIBLIOGRAFÍA

1. Christianson SA. Emotional stress and eyewitness memory: a critical review. *Psychological Bulletin* 1992; 112 (2): 284-309.
2. Kassin SM, Ellsworth PC, Smith VL. The "general acceptance" of psychological research on eyewitness testimony: a survey of experts. *American Psychologist* 1989; 44: 1089-98.
3. Christianson S-A, Loftus EF. Some characteristics of people's traumatic events. *Applied Cog-*

nitive Psychology 1990; 1: 225-39.

4. Cutshall J, Yuille JC. Field studies of eyewitness memory of actual crimes. **En/In:** Raskin DC, **autor/editor.** Psychological Methods in Criminal Investigation and evidence. Nueva York: Springer Publishing Company; 1989.

5. Wagenaar WA, Groeneweg J. The memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology* 1990; 18: 225-52.

6. Yuille JC, Cutshall JL. A case study of eyewitness memory of a crime. *Journal of Applied Psychology* 1986;71: 291-301.

7. Yuille JC, Cutshall JL. Analysis of the statements of victims, witness and suspects.**En/In:** Yuille JC, **autor/editor.** Credibility Assessment. Dordrecht. The Netherlands: Kluwer Academic; 1989. p. 175-91

8. Clifford BR, Hollin CR. Effects of the type of incident and the number of perpetrators on eyewitness memory. *Journal of Applied Psychology* 1981; 66: 364-70.

9. Clifford BR, Scott J. Individual and situational factors in eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology* 1978; 63 (3): 352-9.

10. Loftus EF, Burns T. Mental shock can produce retrograde amnesia. *Memory & Cognition* 1982; 10: 318-23.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th.ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.

12. Christianson S-A, Nilsson LG. Hysterical amnesia: A case of aversively motivated isolation of memory. **En/In:** Archer T, Nilsson LG, **autores/editores.** Aversion, avoidance, and anxiety: Perspectives on aversively motivated behavior. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1989. p. 289-310.

13. Prieto A, Diges M, Bernal M. Investigaciones sobre la exactitud del testigo presencial. **En/In:** Sobral S, Arce R, **autores/editores.** La psicología social en la sala de justicia. El jurado y el testimonio. Barcelona: Paidós; 1990.

14. Kuehn LL. Looking down a gun barrel: Person perception and violent crime. *Perceptual and Motor Skills* 1974; 39: 1159-64.

15. Lipton JL. On the psychology of eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology* 1977; 62 (1): 90-5.

16. Christianson S-A, Hübnette B. Hands up! A study of witnesses' emotional reactions and

memories associated with bank robberies. *Applied Cognitive Psychology* 1993; 7: 365-379.

17. Tollestrup PA, Turtle JW, Yuille JC. Actual victims and witnesses and fraud: an archival analysis. **En/In:** Ross DF, Read JD, Togliola MP, **autores/editores.** Adult eyewitness testimony. Current trends and development. Cambridge University Press; 1994.

18. Wessel I, Merckelbach H. Characteristics of traumatic memories in normal Subjects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1994; 22: 315-24.

19. Koss MP, Tromp S, Tharan M. Traumatic memories: Empirical foundations, forensic and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2 (2): 111-32.

20. Diges M, Mira JJ. Psicólogos, psicología y testimonio. *Análisis y Modificación de Conducta* 1983; 9 (21): 243-70.

21. Deffenbacher K. The influence of arousal on reliability of testimony. **En/In:** Lloyd-Bostock SMA, Clifford BR, **autores/editores.** Evaluating witness evidence. Nueva York: Wiley; 1983. p. 235-51.

22. Christianson SA, Goodman J, Loftus EF. Eyewitness memory for stressful events: Methodological quandaries and ethical dilemmas. **En/In:** Christianson SA, **autor/editor.** The handbook of emotion and memory: Research and theory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992. p. 217-241.

23. Christianson S-A, Loftus EF. Remembering emotional events: The fate of detailed information. *Cognition and Emotion* 1991; 5: 81-108.

24. Burke A, Heuer F, Reisberg D. Remembering emotional events. *Memory & Cognition* 1992; 20: 277-90.

25. Ibabe I. Confianza y exactitud en el testimonio y la identificación de los testigos presenciales [tesis doctoral/dissertation]. San Sebastián: Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco; 1998.

26. Yuille JC, Davies G, Gibling C, Marxen D, Porter S. Eyewitness memory of police trainees for realistic role plays. *Journal of Applied Psychology* 1994;79(6): 931-6.

27. Loftus EF, Loftus GT, Messo J. Some facts about "weapon focus". *Law and Human Behavior* 1987;11: 55-62.

28. Kramer TH, Buckout R, Eugenio P. Weapon

focus, arousal, and eyewitness memory: Attention must be paid. *Law and Human Behavior* 1990;14: 167-84.

29. Tooley V, Brigham JC, Maass A, Bothwell RK. Facial recognition; weapon focus and attentional focus. *Journal of Experimental Social Psychology* 1987;17: 845-59.

30. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists *American Psychologist* 1990; 45: 390-5.

31. Wessel I, Merckelbach H. The impact of anxiety on memory for details in spider phobics. *Applied Cognitive Psychology* 1997;11: 223-31.

32. Narby DJ, Cutler BL, Penrod SD. Psychological aspects of person descriptions. **En/In:** Sporer SL, Malpass RS, Koehnken G, **autores/editores.** Psychological Issues in Eyewitness Identification. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1996. p. 53-86

33. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-information. *Journal of Comparative Neurology of Psychology* 1908; 18: 459-82.

34. Loftus EF. Eyewitness testimony. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1979.

35. Easterbrook JA. The effect of emotion on cue

utilization and the organization of behavior. *Psychological Review* 1959; 66: 183-201.

36. Yuille JC, Tollestrup PA. A model of the diverse effects of emotion on eyewitness memory. **En/In:** Christianson SA, **autor/editor.** The handbook of emotion and memory: Research and theory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

37. Christianson S-A, Loftus EF. Memory for traumatic events. *Applied Cognitive Psychology* 1987; 1: 225-39.

38. Mandler G. Memory, arousal, and mood: A theoretical integration. **En/In:** Christianson SA, **autor/editor.** The handbook of emotion and memory: Research and theory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

39. Wells GL. Eyewitness Identification. Ontario: Carswell; 1988.

40. Loftus EF, Greene EL, Doyle JM. The psychology of eyewitness testimony. **En/In:** Raskin DC **autor/editor.** Psychology Methods in Criminal Investigation and Evidence. Broadway, New York: Springer Publishing Company; 1989.

Notas suicidas.

[Suicide notes.]

[Cartas suicidas.]

Fernando Rodes Lloret *

Doctor en Medicina. Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción números 4 y 8 de Elche. Ministerio de Justicia. Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense.

Carlos Enrique Monera Olmos

Profesor Colaborador de Medicina Legal y Forense.

Salvador Giner Alberola

Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Instrucción 3 y 4 de Alicante. Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense.

Juan Bautista Martí Lloret

Catedrático de Medicina Legal y Forense. División de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan. Alicante.

Rodes Lloret F, Monera Olmos CE, Giner Alberola S, Martí Lloret JB. Notas suicidas. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII(86-87): 66-74.

RESUMEN: Las notas dejadas por los suicidas son una importante fuente de información sobre el estado psicológico del sujeto en el momento en que decide acabar de forma voluntaria con su vida. Se analizan 52 documentos encontrados en 31 suicidios consumados en la provincia de Alicante. Se estudian las siguientes variables: número de notas, soporte e instrumento empleado para escribirlas, características del contenido, destinatario, idioma y legibilidad de las mismas. Con frecuencia se encuentra un solo documento, escrito con bolígrafo sobre una hoja de libreta, folio o carta, dirigido a un familiar, legible, en español y cuyo contenido es de despedida, instrucciones, acusaciones o petición de perdón.

PALABRAS CLAVE: Medicina Forense, Medicina Legal, Suicidio, Notas suicidas, Documentos.

RESUMO: As cartas de despedida deixadas pelos suicidas são uma fonte importante de informação sobre o estado psicológico do sujeito no momento em que decide terminar voluntariamente com a vida. São analisadas 52 cartas encontradas em 31 casos de suicídio consumado, na província de Alicante. Faz-se o estudo das seguintes variáveis: número de cartas, suporte e instrumento utilizado para as escrever, características do conteúdo, destinatário, língua e legibilidade. Com maior frequência encontra-se uma única carta, escrita com esferográfica sobre uma folha de papel de caderno, papel A4 ou papel de carta, dirigida a um familiar, legível, em espanhol, sendo o conteúdo de despedida, instruções, acusações ou pedido de desculpa.

PALAVRAS CHAVE: Medicina Forense, Medicina Legal, suicídio, cartas suicidas, documentos.

ABSTRACT: Notes left by people committing suicide are an important source of information regarding the psychological state of the subject in the moment in which he decides to end his life voluntarily. 52 documents found in 31 suicides committed in the province of Alicante (Spain) are analyzed. The following variables are studied: number of notes, material or instrument used to write them, characteristics of content, addressee, language, and their legibility. Very often, one single document which has been written with a ballpoint pen on a page from a notebook, a sheet of paper or writing paper is found. It is written to a relation, is legible and is written in Spanish and its contents are a farewell, instructions, accusations or a request for forgiveness is found.

KEY WORDS: Suicide, Suicide notes, Documents.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es siempre el final traumático del desarrollo o proceso cognitivo de un ser atrapado que no encuentra salida vital a la resolución de sus conflictos. Independientemente de que el acto suicida acabe en muerte o, por circunstancias ajenas a la voluntad del sujeto, se sobreviva al intento autolítico, los temas y los contenidos del pensamiento en el suicida tienen generalmente unas connotaciones peculiares.

Conviene hacer referencia a la soledad del suicida. Éste lleva a cabo, en la mayoría de las ocasiones, su proyecto letal en la intimidad. En estas circunstancias tan dramáticas, se comprueba una vez más como el ser humano, incluso en instantes tan cercanos a la muerte, no ha perdido la capacidad, o quizá la necesidad de comunicarse.

En ausencia de un interlocutor directo con el que poder hablar, el suicida escribe y narra sobre un papel las razones o las sinrazones de su acto, expresa sus temores, sus odios, sus tristezas y sus porqués; se despide o da las últimas instrucciones.

La tabla I recoge la frecuencia de las notas dejadas por los sujetos que deciden acabar de forma voluntaria con su vida, según diferentes autores.

Con frecuencia es un estado depresivo, vinculado tradicionalmente al suicidio, el que genera una psicopatología propia que desestructura el curso y el contenido del pensamiento.

La distorsión cognitiva del depresivo le hace pensar que la resolución de sus problemas pasa por quitarse la vida. Son patentes las ideas negativas, de desesperanza, de culpa, de ruina o de muerte. El pensamiento se entelatece y se pierde la capacidad de concentración. En este marco cognitivo, el depresivo se expresa con un lenguaje lento, musitante y torpe, proyectándolo sobre un papel con una escritura que pierde su trazo firme, por la atonía de la psicomotricidad, y está inundada de referencias a pensamientos negativistas.

Cuando la acción suicida está exenta de componentes psicopatológicos y despojada de cualquier condicionante de este tipo que predisponga o desencadene la acción, queda al desnudo la libre decisión del individuo. Ausentes las situaciones psicopatológicas de vulnerabilidad, el sujeto que, racionalmente, después de sopesar las ventajas e inconvenientes que genera su acción,

decide poner fin a su vida, está en mejores condiciones cognitivas de exponer por escrito las razones de su decisión.

Es frecuente observar que en sus mensajes escritos, los suicidas aducen a cuestiones de ruina económica, a una enfermedad terminal, a una enfermedad crónica invalidante, al desempleo, a la soledad, a la vejez, a una disminución de la calidad de vida, a la pérdida de un ser querido o al desarraigo.

La mayor parte de las notas de los suicidas son manuscritas y así expresan sus pensamientos de venganza, de acusación o ponen al descubierto secretos guardados celosamente en vida.

Suele ocurrir que, para evitar problemas a su familia o a seres queridos, el sujeto trate de "poner en orden sus asuntos" antes de ejecutar la acción suicida. Son significativos los preparativos previos a la acción, que por otra parte son unos buenos indicadores para la prevención, como por ejemplo repartir sus pertenencias, poner el patrimonio a nombre de sus familiares, actualizar su seguro de vida y finalmente escribir mensajes despidiéndose de sus seres queridos, disculpándose ante los demás o explicando al juez o a su familia las razones del suicidio.

En los suicidios por "acting out", propio de los adolescentes, de los esquizofrénicos o de personalidades psicopáticas, en los que no hay premeditación ni intervalo cognitivo entre la decisión y la acción, no se suele dejar constancia escrita de las razones del suicidio, precisamente por el carácter impulsivo y explosivo de éste.

El hallazgo de estas notas junto o en las cercanías del suicida posee una gran importancia, fundamentalmente por tres motivos:

- 1) Estos documentos son una importante fuente de información acerca del estado psicológico del suicida (1).
- 2) La existencia de estos escritos conlleva un cierto grado de premeditación. Es decir, el acto suicida no ha sido ejecutado de forma impulsiva, sino que necesariamente ha tenido que transcurrir un período (más o menos corto) entre la escritura del documento y la consumación del hecho (2).
- 3) Por último, desde una perspectiva médico-legal, estas notas poseen un gran valor, ya que si bien la manifestación por escrito del intento o deseo de quitarse voluntariamente la vida no supone el cese de las investigaciones; es un dato valiosísimo para, junto con otros deducidos de

los estudios realizados, poder calificar de suicidio una muerte sospechosa. Aunque no hay que olvidar la posibilidad de su falsificación en casos de homicidios o más raramente accidentes que se pretenden hacer pasar por suicidios (3).

Analizamos aquí, a partir de los resultados obtenidos de dos Tesis Doctorales (2, 4), las notas encontradas en 183 casos de suicidio consumado ocurridos en tres partidos judiciales de la provincia de Alicante (España): Elda (1977-1986), Villena (1977-1986), y Orihuela (1982-1991).

MATERIAL Y MÉTODO

Se encuentran notas en 31 de los 183 casos de suicidio (17%), aunque los documentos estudiados son 52, ya que hay sujetos que dejan más de uno.

Las notas se obtienen a partir de los expedientes judiciales que se incoan en el correspondiente juzgado de Instrucción como consecuencia de la muerte violenta que supone el acto suicida.

El estudio va dirigido tanto a la forma del documento: número, tipo de papel e instrumento utilizado para escribirlo, como al contenido del mismo: características, destinatario, idioma, y dificultad de lectura.

Se realiza un análisis descriptivo de estas variables a través de la frecuencia de distribución de cada una de ellas.

RESULTADOS

Análisis de la forma

Número de notas. Aunque lo más frecuente es que el suicida deje una sola nota (67.8%), en ocasiones escriben dos, tres, cuatro y hasta cinco documentos. Esto hace que los 31 casos de suicidio analizados proporcionen un total de 52 documentos (Tabla II).

Nº de notas	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	21	67.8
2	4	13.0
3	2	6.4
4	2	6.4
5	2	6.4

Tabla II. Número de notas dejadas por sujeto.

Soporte utilizado. La nota se escribe sobre una hoja de libreta (27%), en un folio (23%) o se emplea una carta introduciéndola después en un sobre (23%).

En una ocasión el suicida escribió la nota de despedida sobre la piel de su abdomen con bolígrafo (Tabla III).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hoja de libreta	14	27
Folio	12	23
Carta-sobre	12	23
Otros	14	27

Tabla III. Soporte utilizado para escribir las notas.

Instrumento empleado para escribir. Se utiliza el bolígrafo en el 90.3% de las notas. Solo en dos casos utilizan la máquina de escribir (6'5%) y en uno el lápiz (3'2%) (Tabla IV).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bolígrafo	28	90.3
Máquina de escribir	2	6.5
Lápiz	1	3.2

Tabla IV. Instrumento utilizado para escribir

Análisis del contenido

Características. Para el estudio de esta variable se establecen cinco categorías según el contenido predominante de la nota:

- despedida (ilustración 1)
- instrucciones (ilustración 2)
- piden perdón (ilustración 3)
- acusación (ilustración 4)
- otros

Predominan los documentos de despedida (25'9%). Le siguen los escritos con instrucciones (19'3%) y aquellos que piden perdón (19'3%). Los escritos con contenido acusatorio constituyen el 9'6% .

Destinatario. En contra de la creencia generalizada, muy pocas notas van dirigidas al Sr. Juez (6.4%). El 48.4% lo son a un familiar de primer grado y el 45'2% no tienen destinatario.

Del total de las notas dirigidas a los familiares, corresponden el 73'3% a esposa y/o hijos y el

26'7% a padres y/o hermanos (Tabla V).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Familiar	15	48.4
Nadie en especial	14	45.2
Sr. Juez	2	6.4

Tabla V. Destinatario

Idioma. El 93.6% de los documentos están escritos en lengua española. Solo en una ocasión se utilizó el inglés (3'2%) y en otra el valenciano (3'2%).

Dificultad para entender los manuscritos. La mayoría de los documentos son perfectamente legibles (93.5 %). Sólo en dos ocasiones existió gran dificultad para transcribir los manuscritos (6'5 %).

El 35'5% de los escritos contienen faltas de ortografía.

Notas firmadas. En la mitad de los casos (51'6%) el suicida firma las notas.

DISCUSION

Numerosos autores han estudiado desde distintas perspectivas, los documentos que dejan las personas que deciden acabar de forma voluntaria con su vida.

Un estudio de 3.127 suicidas, de los que 943 dejan notas, revela que éstos difieren de los que no lo hacen, en el sexo, la edad, el método empleado y el motivo que lleva al suicidio (5).

También se ha estudiado a los suicidas según el contenido de las notas. Según Heim y Lester (6) los que dejan instrucciones, suelen ser jóvenes, utilizan veneno, arma de fuego o arma blanca, y tienen problemas en el trabajo, soledad y adicción a drogas, mientras que los que dejan testamentos, suelen ser mayores, mujeres, viudas que han perdido recientemente a su pareja o divorciadas y utilizan como método la electricidad.

Leenaars (7), no encuentra diferencias entre las notas dejadas por suicidas de distintas edades.

Lester y Heim (8) estudian el contenido de las notas según el sexo del suicida. Los varones, con mas frecuencia, mencionan en sus escritos la

palabra "depresión" (20 % contra 0 %), y alegan problemas de salud como motivo del suicidio (20 % contra 0 %).

También se ha comparado el contenido de los documentos dejados por suicidas con el de los dejados por sujetos que lo intentan sin consumarlo. El deseo de escapar del dolor y la expresión de ira contra alguien es encontrado en ambos grupos con similar frecuencia, mientras que los escritos de los suicidas que consuman el acto recogen con mas frecuencia el motivo de auto-culpa (9).

Spiegel y Neuringer (10) comparan notas suicidas auténticas con otras simuladas, escritas por sujetos sin intención de suicidarse y encuentran que las auténticas son menos explícitas sobre el intento suicida, recogen con menos frecuencia la palabra "suicidio", dejan más instrucciones y son mas desorganizadas que las escritas por simuladores.

Habitualmente, las notas son manuscritas. O'Donell (1) da una frecuencia del 94.4 %, y recoge que la longitud media de las notas es de 120 palabras. En nuestro trabajo, el 93.5 % están escritas a mano.

Las características de los 52 documentos analizados en nuestro trabajo, pueden resumirse de la siguiente forma: se trata de un solo documento, escrito con bolígrafo sobre una hoja de libreta, folio o carta, siendo el contenido de despedida, instrucciones, acusaciones o pidiendo perdón, dirigidos a un familiar o a nadie, legibles, la mitad firmados y escritos en lengua española.

BIBLIOGRAFIA

1. O'Donell I, Farmer R, Catalan J. Suicide Notes. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 45-8.
2. Rodes Lloret F. Estudio del suicidio consumado en los partidos judiciales de Elda y Villena. 1977-1986 [tesis doctoral/dissertation]. Alicante: Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante; 1988.
3. Martí Lloret JB. Valoración médico-legal de documentos aportados por suicidas. *Rev Esp Med Leg* 1976; III (8-9): 20-9.
4. Giner S. Estudio del suicidio consumado en el partido judicial de Orihuela. Años 1982-1991 [tesis doctoral/dissertation]. Alicante: Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante; 1992.

5. Heim N, Lester D. Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 372-3.

6. Heim N, Lester D. A study of different types of suicide notes. *Homeostasis* 1991; 33 (3): 109-12.

7. Leenaars AA. Suicide notes at symbolic ages. *Psychol-Rep* 1996; 78: 1034.

8. Lester D, Heim N. Sex differences in suicide notes. *Perceptual and Motor Skills* 1992; 75: 582.

9. Brevard A, Lester D, Yang B . A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. *Crisis* 1990; 11/1: 7-11.

10. Spiegel D, Neuringer C. Role of dread in suicidal behaviour. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1963; 66: 507-11.

11. Camps M, Aler C. Aportación al conocimiento de cartas de suicidas en Lérida. *Orfila 2. II Jor-*

nadas anuales de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense 1988; 67-72.

12. Schneideman E, Farberow NL. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes in terms of Mowrer's concepts of discomfort and relief. *Journal of General Psychology* 1957; 56: 251-6.

13. Pamblanco E, Martí Lloret JB, Cardona A. El suicidio consumado en Alicante y su área metropolitana. *Orfila 1. I Jornadas anuales de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense* 1987; 189-99.

14. Serrulla F. Un análisis estadístico sobre los casos de suicidio consumado aparecidos en el partido judicial de Bergara (Guipúzcoa) entre los años 1983 y 1988. *Rev Esp Med Leg* 1990; XVII (62-63 y 63-64): 35-50.

AUTOR	ÁMBITO	SUICIDIOS	PORCENTAJE DE NOTAS
Camps (11)	Hospitalet (1972 a 1978)	161	10.5
Schneideman y Farberow (12)	Los Angeles (1944 a 1953)	721	15
Pamblanco (13)	Alicante (1979 a 1983)	108	15.7
Martí Lloret (3)	Tarrasa (1970 a 1972)	47	17
Serrulla (14)	Bergara (1983 a 1988)	32	18.7
Heim y Lester (6)	Berlín Este (1981 a 1985)	3127	30
Rodes et al	Elda, Villena y Orihuela (1977 a 1986)	183	17

Tabla I. Frecuencia de las notas dejadas por los sujetos que deciden acabar de forma voluntaria con su vida, según diferentes autores.

BULTOS:

REMITENTE: **S. A.**
(Alicante)

NOMBRE: _____

POBLACION: _____

CONTENIDO:

*Quisiera expresar y decir
 los ruegos me guardaría
 gran este mal rato que
 los voy a ser grande
 que He no de en un
 tiene y como cuantos
 los debe tranquilos*

:CT.:B

*mejor para todos
 un beso para todos y mieta
 y para mi hermana y
 demás familia*

*te pido perdón a Dios
 por lo que voy a ser*

Ilustración 1. Nota de despedida. Parte superior anverso, parte inferior reverso del papel escrito.

Tu madre es muy
buena y tus hermanitos también
Recogerme en la casa vuestra
y desde ahí me conduces al
cementerio, es mi mayor satis-
facción como supongo que lo
agáis - La mamá y todos vosotros
conmigo este el cementerio
y yo con vosotros.
un abrazo para todos vuestros
adiós para siempre

Ilustración 2. Nota con instrucciones.

Estoy en
el Pastizal
Perdoname

7.30

Ilustración 3. Nota pidiendo perdón.

= A la que fue mi mujer en vida =
Que mi maldición caiga sobre ti
si intentas aprovecharte de una sola
pezeta de la paga que te pueda quedar
al morir yo, porque tú y solo tú, has
sido la culpable de mi desgracia.
Casi es, que si en la "Otra vida", hay
alguna posibilidad de comunicarme
contigo, la emplearé en no darte un
momento de sosiego.

Ilustración 4. Nota con acusación.

La autopsia psicológica en las muertes violentas.

[*The psychological autopsy in violent deaths.*]

[*A autópsia psicológica nas mortes violentas.*]

Teresita García Pérez

Dra en Ciencias Médicas. Psiquiatra Forense. Instituto de Medicina Legal de la Ciudad de La Habana. Profesora Adjunta. Cátedra de Derecho Penal. Universidad de La Habana.

García Pérez T. La autopsia psicológica en las muertes violentas. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII(86-87): 75-82.

RESUMEN: Este trabajo consiste en la síntesis de la validación de la autopsia psicológica como método de estudio de las víctimas de muerte violenta (suicida, homicida y accidental), el procedimiento estadístico que la sustenta, los principales resultados alcanzados en cada uno de los pasos de la investigación y algunas consideraciones generales. Esta metodología, que constituyó la tesis de Doctorado en Ciencias Médicas de la autora, se aplica en Cuba, así como en México, Chile y Honduras, hasta el momento.

PALABRAS CLAVE: Medicina Legal, Medicina Forense, Autopsia psicológica, Muerte violenta, Suicidio, Homicidio, Accidente.

RESUMO: Este trabalho consiste na síntese da validação da autópsia psicológica como método de estudo das vítimas de morte violenta (suicídio, homicídio e acidente), o procedimento estatístico que a rege, os principais resultados alcançados em cada passo da investigação e algumas considerações gerais. Esta metodologia, que constituiu a tese de doutoramento da autora em Ciências Médicas, aplica-se em Cuba, bem como no México, no Chile e nas Honduras, até ao momento.

PALAVRAS CHAVE: Autópsia psicológica, morte violenta.

ABSTRAC: This paper lies in a brief explanation about the psychological autopsy method developed by the author in the investigation of the violent deaths (suicide, homicide and accident), the statistical procedures that supported this research work, the main results and some others considerations. The validation of the mentioned method was the author's doctoral thesis in Medical Sciences, and has been applied in Cuba and also in Mexico, Chile and Honduras so far.

KEY WORDS: Forensic, Psychological autopsy, Violent deaths, Suicide, Homicide, Accident.

En las postrimerías del siglo XX asistimos al desmesurado incremento de la violencia en el orbe, se trata de un fenómeno histórico de etiología multifactorial (1) en el cual inciden las condiciones y procesos económicos, sociales, jurídicos, políticos, culturales y psicológicos (1).

Tal y como expresa la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud: "la violencia constituye una seria

amenaza a la paz y seguridad ciudadana y un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones" (2).

En su forma extrema, la violencia física puede determinar la muerte de un ser humano. Desde el

Instituto de Medicina Legal de La Habana
Avda. Independencia y Hernán Cortés s/n.
Plaza de la Revolución.
Ciudad de la Habana
CP 10600 CUBA

Correo electrónico: medleg@infomed.sld.cu

punto de vista médico legal esta muerte puede ser clasificada como suicida, homicida o accidental (3).

Nuestra práctica pericial cotidiana nos enfrenta con frecuencia al estudio de casos en los que la etiología médicolegal de una muerte violenta resulta dudosa. Pues ni el médico legista, ni el criminalista, ni el instructor policial tienen los elementos necesarios para afirmar o excluir una u otra; estos son los casos en los que, como dice Le Moyne Snyder, "lo que generalmente falta es el conocimiento del factor determinante, es decir, lo que acontecía en la mente de la víctima contemporáneamente a la hora de su muerte" (4).

Llegar a conocer este factor, muchas veces determinante, a través de una metodología; que tuviese el imprescindible rigor científico que la hiciera tributaria de merecer el rango de prueba pericial, fue nuestra motivación fundamental al emprender la validación de la técnica de autopsia psicológica que constituyó nuestra tesis de Doctorado en Ciencias Médicas.

Como antecedente histórico del surgimiento de la autopsia psicológica como técnica pericial se recoge en nuestro país el análisis psicológico del teniente Jack Lester Mee, héroe de la Segunda Guerra Mundial, víctima de un homicidio a manos de su amante, en 1947, a solicitud del letrado de la defensa para probar que el occiso era "anormal y peligroso" como justificación al gesto homicida de su cliente. En aquella ocasión los doctores Díaz Padrón y Henríquez estudiaron cartas, diario íntimo y un libro de poemas escrito por el finado, también revisaron la historia clínica de un hospital militar donde había estado recluido el que resultara víctima pudiendo establecer que padecía un trastorno de la personalidad particularmente centrado en su vida sexual (5).

En los años 50 el Jefe de Exámenes Médicos Forenses de los Ángeles, California, comenzó a remitir las muertes equívocas al Centro de Prevención del Suicidio para su investigación. Solicitando consulta para la determinación de la certificación más apropiada de la muerte, si suicidio o accidente (6). A partir de la necesidad objetiva de uniformar la recogida de la información, Robert Litman estableció los elementos esenciales para el proceso de investigación al cual denominó "Autopsia Psicológica" (7) y que ha sido utilizado desde entonces para la definición de la

etiología médicolegal de muertes dudosas donde una de las hipótesis a descartar es el suicidio (8).

La autopsia psicológica es un procedimiento para evaluar después de la muerte cómo era la víctima antes de la muerte (9). El método de Litman consiste en reconstruir en un sentido biográfico la vida de la persona fallecida enfatizando aspectos tales como su estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas orientadas a la muerte, con especial focalización sobre los últimos días y horas. Esta información es recogida de documentos personales, registros policiales y médicos, expedientes judiciales y de las entrevistas con la familia, amigos, socios de trabajo o escuela y médicos, estas entrevistas son realizadas en forma abierta.

La mayor aplicación de la autopsia psicológica ha sido en estudios relacionados con el suicidio con fines preventivos, en 1979 Terroba y Saltijeral, del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, propusieron un método de autopsia psicológica para el estudio del suicidio que aunque fue evaluado como confiable, sus propios creadores le señalaron que necesitaba sistematizar los criterios de calificación y la definición de los síntomas en cada una de las escalas, pues se trataba de un instrumento semiestructurado, que por su propio diseño dejaba margen para la interpretación subjetiva (10).

La Sociedad Americana de Medicina (AMA) y la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) aplicaron un método similar utilizando entrevistas semiestructuradas destinadas al estudio del suicidio consumado en médicos durante los años 1982 a 1984, el cuestionario tenía 58 largas páginas que recogían la historia médica (orgánica), personal, familiar y educacional, salud física y mental, relaciones interpersonales, vida familiar, práctica profesional, circunstancias financieras y una evaluación y análisis narrativo en el cual los entrevistadores daban su interpretación de los resultados, lo cual obviamente establece un importante margen de sesgo (11).

Los psiquiatras infantojuveniles por su parte adoptaron una metodología de autopsia psicológica que, a partir de una guía de eventos (historia médica, psiquiátrica y escolar, eventos vitales significativos tales como muertes, pérdidas, intentos suicidas o suicidios y reconstrucción de

la conducta del suicida durante el último año, semana y día del suicidio), establecía una especie de dinámica familiar en la cual usualmente participaban todos los miembros de la familia dando rienda suelta a la libre expresión de las confesiones de sentimientos y pensamientos sobre el fallecido y la forma en que se privó de la vida (12). Este método resultaba obviamente más terapéutico en función de la postvención, que confiable en cuanto a la objetividad de la información obtenida.

Revisamos otros modelos, cuestionarios e instrumentos creados con el objetivo de estudiar al suicida o a la víctima de una muerte equívoca, donde la hipótesis a manejar eran el suicidio o el accidente (13, 14, 15, 16, 17, 18), todos resultaron ser igualmente semiestructurados o abiertos, con el correspondientes margen de sesgo dado por la interpretación subjetiva de los exploradores.

Así, el objetivo general era crear una metodología para el estudio sociopsicopatológico de las víctimas de muerte violenta.

Y como objetivos específicos: validar la metodología creada para el estudio de las víctimas de suicidio, de homicidio y de accidentes del tránsito.

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LA VÍCTIMA DE SUICIDIO

Esta investigación constó de tres pasos:

Primero: Creación de un instrumento de exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida del fallecido por suicidio y validación inicial del mismo mediante su aplicación al estudio de todos los suicidas con residencia permanente en el municipio Centro Habana durante 1990, cruzando la información obtenida de dos fuentes diferentes por cada caso de estudio, analizando porcentualmente la coincidencia entre las mismas y evaluando su concordancia con el empleo del coeficiente de Kappa, en los ítem en los cuales se suponía que pudiese existir mayor subjetividad por parte de las fuentes de información.

La entrevista a cada fuente (familiares, convivientes, allegados) fue realizada de forma independiente y absolutamente privada después de explicarles el carácter confidencial de la informa-

ción solicitada y sus fines puramente científicos.

Previo a la realización de las entrevistas revisamos el expediente médicolegal con el objetivo de conocer los elementos técnicos de certeza de la etiología, las peculiaridades de la escena de la muerte y declaraciones de testigos que pudieran ser útiles como fuentes.

La obtención de una coincidencia entre fuentes mayor del 90% en el 64% de los ítem y mayor del 80% en el 26%, unido a coeficientes de concordancia superiores a 0.77 en los ítem de mayor riesgo de subjetividad (los coeficientes mayores de 0.75 son considerados como indicadores de una buena concordancia) nos hicieron concluir en este primer paso que la información obtenida confiable y que el instrumento y la metodología propuestos resultaban aplicables.

Segundo: Aplicación del instrumento diseñado al estudio de los 20 primeros suicidios registrados por el Instituto de Medicina Legal durante 1991, cruzando la información obtenida por dos exploradores diferentes por cada caso de estudio. Analizando porcentualmente la coincidencia entre exploradores y evaluando la concordancia a través del coeficiente de Kappa, el cual fue aplicado en los mismos ítem que en el análisis de las fuentes siguiendo el mismo criterio de que eran los de mayor posibilidad de incorporación de elementos subjetivos; pero, además, se le aplicó al ítem correspondiente al diagnóstico nosológico por la importancia que tenía conocer si la valoración era confiable, al margen de diferencias de escuela de los psiquiatras entrevistadores.

La obtención de una coincidencia entre exploradores mayor del 90% en el 86,66% y mayor del 80% en el 8,33% y coeficientes de concordancia superiores a 0.76 en los ítem de mayor riesgo de subjetividad incluyendo una concordancia de 0.79 y 0.80 en el ítem correspondiente al diagnóstico, nos hicieron concluir que el método propuesto resulta aplicable por exploradores diferentes a la autora, por encima de diferencias de escuela y que la información obtenida por exploradores diferentes resulta confiable.

Tercero: Aplicación del instrumento y la metodología validadas en los dos pasos anteriores al estudio de todos los suicidios registrados en el Instituto de Medicina Legal durante el año 1991, exceptuando los 20 primeros antedichos. El total

de casos era de 150, una vez excluidos los extranjeros y los residentes en otras provincias. De estos 150 casos con residencia permanente en la Ciudad de la Habana, 10 no pudieron ser estudiados por dificultades en la ubicación de los familiares, convivientes o allegados, es decir, que finalmente nuestro universo de trabajo estuvo compuesto por 140 suicidas. Se realizaron 309 entrevistas con un promedio de dos horas cada una.

En el mes de enero de 1991 realizamos un seminario-taller con todos los psiquiatras que integraban las comisiones municipales de prevención de la conducta suicida en la Ciudad de la Habana, durante el cual estos compañeros recibieron entrenamiento en los aspectos metodológicos de la investigación para poder cumplir el segundo y tercer paso de la misma.

En el tercer paso correspondiente a la generalización del método arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1ª. La utilización de la autopsia psicológica como método de estudio del suicida es generalizable.
- 2ª. La información obtenida hasta seis meses después de la muerte es confiable.
- 3ª. Predominaron entre los suicidas estudiados los polos de la vida, el estado conyugal soltero, el sexo masculino y la ausencia de vínculo laboral.
- 4ª. Cerca de la mitad de los suicidas no tenían ningún antecedente personal de enfermedad.
- 5ª. En la familia de los suicidas estudiados apareció con frecuencia la enfermedad mental como antecedente.
- 6ª. Entre los diagnósticos predominó el Abuso de Alcohol y el Abuso de Drogas sin dependencia.
- 7ª. Las áreas de conflicto más importantes en los suicidas estudiados son la familia, la vivienda y la economía.
- 8ª. En la caracterización psicológica predomina la impulsividad, la terquedad, la reserva, la seguridad en sí mismo y el comportamiento caprichoso.
- 9ª. Como señales anunciadoras del suicidio predominan los comentarios pesimistas acerca del futuro, la desesperanza, la expresión de sentimientos de soledad, incapacidad, inutilidad o incompetencia y el abatimiento.
- 10ª. Al menos la tercera parte de los suicidas de la Ciudad de la Habana no tenían antecedentes de intentos suicidas previos.

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LA VÍCTIMA DE HOMICIDIO

El hecho de no haber encontrado en nuestra revisión bibliográfica ningún antecedente de modelos, formularios, guías o cualquier otro instrumento de autopsia psicológica que hubiese sido diseñado específicamente para la víctima de homicidio, la referencia de eminentes criminólogos del área, como Rodríguez Manzanera, acerca de lo incompleto de los estudios del homicidio por la ausencia de una metodología para el abordaje del factor victimal (19) y la tendencia creciente de las tasas de mortalidad por esta causa en nuestro país, donde con el 4,5% y el 4,9% de los habitantes en 1986 y 1987, respectivamente, ascendió al 6,2% en 1988 y al 7,5% en 1991 (20), nos motivaron a crear y validar un método para el estudio sociopsicopatológico de estas víctimas.

El objetivo general era crear y validar un método para el estudio sociopsicopatológico de las víctimas de homicidio y asesinato.

Y los objetivos específicos:

1. Crear un instrumento de exploración de las víctimas de homicidio y asesinato.
2. Demostrar que el instrumento es viable.
3. Demostrar que la información obtenida es confiable.
4. Crear un instrumento complementario para el estudio del homicida.
5. Caracterizar el grupo de víctimas estudiadas y su relación dinámica con sus victimarios.
6. Reconstruir la criminodinámica de los hechos estudiados a partir del estudio de la víctima.

Material y método. A partir del modelo de autopsia psicológica validado para suicidas (MAP), el cual fue considerado resultado principal de investigación del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana en 1993, se realizaron modificaciones y ampliaciones en algunos ítem para que quedara más ajustado a la víctima de homicidio, se añadieron ítem exploratorios de los antecedentes penales, hábitos antisociales, relación con el autor o autores de su muerte, lugar y horario de ocurrencia del hecho, presencia de terceras personas, ingestión de alcohol o sustancias psicoactivas previo a la muerte, medio utilizado por el victimario, posibles motivaciones

y actitud de la víctima en el momento de los hechos.

Para la exploración del homicida confeccionamos un instrumento que mide los mismos aspectos que el aplicado indirectamente al occiso, pero por supuesto, para aplicación directa, añadiendo un acápite de autovaloración y otros de exploración de las vivencias durante la ejecución del hecho y después de este.

Al nuevo modelo le llamamos MAP-II (por considerar entonces al validado para suicidas MAP-I) y fue aplicado al menos a tres familiares, convivientes o allegados de cada víctima, de forma independiente y lo más privada posible, después de explicarles el carácter confidencial de la información solicitada y sus fines puramente científicos.

Con anterioridad a las entrevistas revisamos el expediente médicolegal, el expediente de fase preparatoria y las investigaciones policiales complementarias.

Las personas que aparecían en el círculo de sospechosos de la investigación policial fueron descartadas como fuentes aunque fueran familiares o amigos de la víctima, para evitar que la información se falseara con el objetivo de defenderse de una posible acusación de culpabilidad o complicidad.

Se estudiaron todas las víctimas de homicidio o asesinato de los casos investigados por la Sección de Homicidios de la Unidad Provincial de Operaciones Policiales de la Ciudad de la Habana durante 1994, de un total de 52 casos logramos estudiar 50, los dos casos que no pudieron estudiarse fueron personas que vivían solas y no logramos ubicar familiares o amigos con suficiente conocimiento de la vida y la personalidad de los occisos como para que la información resultara útil.

Se realizaron un total de 325 entrevistas con un promedio de duración de tres horas cada una, lo cual hace un total de 975 horas dedicadas solo a entrevistar personas relacionadas con los occisos, sin tener en cuenta el tiempo dedicado a la revisión de documentos, el cual osciló en alrededor de cuatro horas para cada caso, lo cual suma 200 horas, sumándole el tiempo de exploración en el lugar del hecho, el cual fue variable, sobrepasarían las 1200 horas.

Como quiera que los ítem a los cuales se le aplicó el coeficiente de Kappa en el estudio del

suicida se mantienen íntegramente, los consideramos válidos para el estudio de las víctimas de homicidio, no obstante aplicamos este coeficiente a uno de los ítem añadidos en el cual la subjetividad de las fuentes pudiera interferir la confiabilidad, el correspondiente a los hábitos antisociales de la víctima. Obtuvimos coeficientes de concordancia superiores a 0.75, lo cual es indicador de excelente concordancia.

En el análisis porcentual entre fuentes obtuvimos un 76,92% de ítem con más del 90% de coincidencia y un 23,07% con más del 80%, cifras indicativas también de una excelente coincidencia.

Después de explorar todos los casos de estudio arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1ª. El método de autopsia psicológica es aplicable al estudio de la víctima de homicidio.
- 2ª. La información obtenida es confiable.
- 3ª. El instrumento propuesto (MAP-II) es viable y aplicable.
- 4ª. Predominaron las víctimas del grupo de edades entre los 26 y los 35, del sexo masculino, europeo (sobre todo las de autor desconocido), con nivel medio de instrucción, jubilados o desvinculados laboralmente, con creencias religiosas sincréticas, consumidores de alcohol o drogas, con dificultades en las relaciones interpersonales.
- 5ª. Nosológicamente predominó en las víctimas el Abuso de Alcohol sin Dependencia.
- 6ª. Como áreas de conflicto predominaron la vivienda, la economía y la familia.
- 7ª. Las víctimas de autor conocido tienen con más frecuencia antecedentes penales, hábitos antisociales y conflictos judiciales.
- 8ª. Caracterológicamente las víctimas de autor desconocido son menos sociables, menos seguras, menos optimistas y más reservadas. Como semejanza con las de autor conocido tenemos el ser tercas, caprichosas y dominantes.
- 9ª. El 20% de todas las víctimas eran homosexuales, la mayor parte integraron el grupo de autor desconocido.
- 10ª. Predominó la casa de la víctima como lugar de ocurrencia del hecho, el horario de la noche y el empleo de armas blancas.
- 11ª. El 60% del total de víctimas había ingerido alcohol antes de su muerte (el 48,57% de la víctima de autor conocido y el 26,66% de las de autor desconocido).

12ª. En los hechos esclarecidos predominó el móvil pasional y en los no esclarecidos el ocultar otro delito (fundamentalmente robo).

13ª. Existen similitudes entre víctimas y victimarios en los hechos esclarecidos en cuanto a: procedencia de medios familiares disfuncionales, hábitos tóxicos, patrones de consumo alcohólico, áreas de conflicto, caracterización psicológica y ubicación nosológica (mayor frecuencia para ambos del Abuso de Alcohol sin Dependencia).

14ª. Las relaciones víctima-victimario eran afines en el 71,42%, predominando los cónyuges, amigos y "conocidos".

15ª. En el momento de los hechos el 48,57% de las víctimas provocó física o verbalmente a los victimarios.

16ª. En los hechos esclarecidos el 40% de las víctimas tuvo una participación moderada y el 42,85% tuvo mucha participación.

17ª. La procedencia de subculturas violentas jugó un papel importante en el 42,85% de los hechos esclarecidos vinculados a influencia alcohólica.

18ª. En 4 casos la criminodinámica estuvo determinada absolutamente por la ingestión de alcohol de víctima y victimario.

19ª. El instrumento exploratorio del homicida propuesto es aplicable para obtener la información complementaria al MAP-II, basándose en la cual se puede reconstruir la criminodinámica del hecho.

20ª. Es imprescindible el vínculo con el instructor e investigador policial para hacer la reconstrucción criminodinámica del homicidio.

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DEL TRÁNSITO

En la distribución porcentual de las muertes violentas en la Ciudad de la Habana el primer lugar lo ocupan los accidentes con el 66,1%, constituyendo la cuarta causa de mortalidad general y la primera causa de mortalidad prematura (21).

El 50% de las muertes accidentales en nuestro país son provocadas por accidentes del tránsito, los cuales pueden ser atribuibles al vehículo, a la vía o al factor humano, en virtud del predominio causal. Dentro del factor humano la OMS incluye el aspecto mental (fatiga, sueño, cansancio),

los fenómenos relacionados con la visión y la audición. La embriaguez alcohólica y la intoxicación por drogas.

Esta investigación se encaminó precisamente a validar una metodología que nos permita adentrarnos en la vida psíquica de las víctimas fatales de accidentes del tránsito en la cual se encuentra muchas veces la respuesta a lo inexplicable de hechos de tránsito donde la técnica no acierta a explicarse ¿qué falló? Y es que "el fallo" estaba "dentro de la caja sellada".

El objetivo general era validar un método para el estudio sociopsicopatológico de la víctima fatal de accidentes del tránsito.

Y los objetivos específicos:

1. Diseñar un instrumento de exploración sociopsicopatológica aplicable a la víctima fatal de accidentes de tránsito.
2. Establecer los principios metodológicos para su aplicación.
3. Estudiar un grupo de víctimas fatales de accidentes de tránsito utilizando el instrumento y la metodología creada para estos fines.
4. Demostrar la viabilidad y factibilidad del método propuesto.
5. Demostrar la confiabilidad del método propuesto.

Material y método. Comoquiera que el modelo de autopsia psicológica aplicado al estudio de las víctimas de homicidio incluía todos los ítem de la exploración del suicida, lo tomamos como punto de partida y le añadimos una historia de accidentalidad más detallada en el ítem de APP y dos ítem específicos relacionados con el lugar del accidente y el tipo de accidente.

El universo de trabajo estuvo constituido por 50 personas fallecidas en accidentes de tránsito en la Ciudad de la Habana durante 1996, residentes en los municipios Centro Habana, Habana Vieja, Plaza, Cerro y Habana del Este. La selección de la muestra se realizó de manera tal que pudiéramos estudiar el mismo número de casos que en la validación del método realizada en víctimas de homicidio, ya que no se trata de estudiar el fenómeno en una población supuestamente representativa, sino de demostrar la utilidad de un método para el estudio de dicho fenómeno. En cada caso se revisó el expediente policial y médico-legal.

Se realizaron un total de 200 entrevistas con

un promedio de duración de dos horas cada una, lo cual hace un total de 200 horas dedicadas solamente a entrevistar personas relacionadas con los occisos (familiares, convivientes, allegados, compañeros de trabajo o estudio) sin contar con el tiempo dedicado a la revisión de documentos, el cual osciló en alrededor de una hora por cada caso, es decir, 50 horas, con un aproximado total de 250 horas.

Acerca de la confiabilidad de la información obtenida teniendo en cuenta que seguimos rigurosamente el procedimiento de entrevistar a cada fuente de forma independiente y absolutamente privada, con un 77,77% de ítem por encima de 90% y un 22,22% por encima de 80% y una concordancia promedio en el ítem de historia anterior de accidentalidad de 0.75, podemos afirmar que resulta confiable.

Sobre la base de esta investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1ª. El método propuesto resulta confiable.
- 2ª. El instrumento utilizado es útil, aplicable y sensible para los fines de caracterización sociopsicopatológica que se propone.
- 3ª. La información obtenida a través de este método resulta confiable.
- 4ª. Se logró la caracterización del grupo de víctimas estudiado siendo las características más señaladas el ser joven, con posible sustratum orgánico, del sexo masculino, con Abuso de Alcohol sin Dependencia, trastornos del sueño y una personalidad dada por sociabilidad, seguridad en sí mismo, terquedad e impulsividad.
- 5ª. Se puso en evidencia la importancia de esta técnica desde el punto de vista pericial para la evaluación casuística de la existencia de un estado presuicida, por la sensibilidad que el instrumento presenta para la detección de señales de aviso.

CONSIDERACIONES

A través de estas tres investigaciones hemos podido validar un método cuya utilidad, aplicabilidad y posibilidad de generalización al estudio de cualquier víctima de muerte violenta han quedado demostradas, de manera tal que finalmente propusimos el empleo de un MAP único que incluye todos los ítem que de manera parcial en los diferentes tipos de muerte quedaron consistentemente validados al cual se adjunta un ins-

tructivo con las especificidades para su aplicación en cada caso, incluidas las muertes equívocas, dudosas o por investigar, a este modelo definitivo le llamamos MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado).

El modelo por nosotros validado aventaja a otros que le sirven de antecedentes puesto que se encuentra totalmente estructurado y sistematizado lo cual disminuye al mínimo la posibilidad de sesgo al eliminar la interpretación subjetiva del explorador y estandarizar los criterio de aplicación, esto resulta de medular importancia a los fines periciales pues permite que la pericia sea repetida por otros especialistas siguiendo los mismos principios metodológicos para comprobar la veracidad de sus conclusiones.

En estos momentos se está aplicando desde 1994 en Querétaro, México, por parte de los Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado, con muy buenos resultados y aceptación por parte de los tribunales.

Desde octubre de 1997 se comenzó su implantación en los Servicios Médico-legales de Chile, con la finalidad de ajustarlo a su realidad socio-cultural, inicialmente a través del estudio de los suicidios consumados.

A partir de 1998 se implantó su utilización por parte de la Dirección de Medicina Forense de Honduras incorporando licenciados en Trabajo Social en carácter de coperitos, encontrándose en estos momentos en fase de validación local para casos de muertes dudosas.

CONCLUSIONES

1. El MAPI resulta un instrumento aplicable al estudio sociopsicopatológico de cualquier tipo de muerte violenta (suicida, homicida o accidental).
2. Los principios metodológicos que rigen su aplicación garantizan la confiabilidad de la información obtenida.
3. El método de autopsia psicológica propuesto resulta generalizable tanto con fines criminológicos como periciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mazola Fiallo ME. Sobre los factores históricos de la violencia en Cuba. **En/in:** Taller Sociedad, Salud y Violencia; 1994 Noviembre; IML Ciudad de La Habana: Cuba.

2. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. *Bol Ofic Sanit Panam* 1995; 118 (2).
3. Clasificación Internacional de Enfermedades. Vol.1. revisión 1974. OPS-OMS.
4. Snyder L M. Investigación de homicidios. Ciudad de la Habana: Editorial Cptán San Luis; 1984. p.19.
5. Díaz Padrón JA, Henríquez EC. Análisis psicológico de un muerto (el homicidio del Teniente Jack Lester Mee). **En/in:** Responsabilidad criminal ante los tribunales. Ciudad de La Habana; 1947. p. 243-75.
6. Curphey TJ. The role of the social scientist in the medico-legal certification of death by suicide. **En/in:** Farberow, Shidman, **autores/editors.** The Cry for Help. New York: MacGraw Hill; 1961. p. 45-59.
7. Litman RE. Psychological-psychiatric aspects of certifying modes of death. *J Forensic Sc* 1968; 13(1): 45-54.
8. Litman RE, et al. Investigation of equivocal suicides. *JAMA* 1963; 184: 924-9.
9. Litman RE. 500 Psychological Autopsies. *J Forensic Sc* 1989; 34(3): 638-46.
10. Terroba G, Saltijeral MT. La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Sal Púb Méx* 1983; 25: 285-93.
11. Douglas A, et al. Council of Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project. Stage II. *JAMA* 1987; 257(21): 2949-53.
12. Shneidman, E S. Suicidology: contemporary developments; New York: Grune & Stratton; 1976. p. 341-68.
13. Blachly, P. Which MDS are likely condidates for suicide? *Med World News* 1979 April 19: 20-2.
14. Ross M. Suicide among physicians: a psychological study. *Dis Nerv Syst* 1973; 34:145-50.
15. Spellman A, et al. Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides. *Psychiatr O* 1989 Summer; 60(2): 173-83.
16. Andersson-Segesten K. The last period of life of the very old. A pilot study evaluating the psychological autopsy method. *Sand J Caring Sci* 1989; 3(4): 177-81.
17. Diller, J. The psychological autopsy in equivocal deaths. *Perspective Care* 1979; 17(4): 156-61.
18. Brent DA, et al. The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27(3): 362-6.
19. Rodríguez Manzanera L. Victimología. Estudio de la víctima. 2nd ed. Mexico: Editorial Porrúa S A; 1990. p.254.
20. MINSAP. Anuario Estadístico. Dirección Nacional Estado. República de Cuba. 1993.
21. Informe Estadístico Anual de Mortalidad. Dirección Provincial de Higiene y Epidemiología de la Ciudad de la Habana. 1995.

CORRESPONDENCIA:

Data de la muerte y momificación

Habitualmente tenemos el concepto de que un cadáver se momifica, influido por factores variables en cuanto a temperatura y sequedad ambiental; pero, en general, en un largo plazo de tiempo. La experiencia vivida en un caso en el que me tocó actuar me hace pensar en la necesidad de modificar un poco esos conceptos, en el sentido de que los cambios pueden producirse en cortos periodos de tiempo, con el significado que esto puede tener cuando se trata de determinar la data de la muerte.



Ilustración 1. Vista lateral derecha.



Ilustración 2. Vista lateral izquierda.



Ilustración 3. Apertura toracoabdominal.

Se trataba de un cadáver de sexo masculino encontrado el 17-1-99 a las 20,30 horas en un patio exterior de la vivienda rural que ocupaba, en una zona correspondiente a la "estepa patagónica" argentina.

La última vez que lo habían visto con vida fue el 12-1-99 en horas de la tarde cuando fue visitado por familiares. El cadáver se encontró, cinco días después, vestido, con las partes expuestas (manos, pies y partes blandas de la cara) devoradas por animales domésticos, perros y aves de corrales.

El cuerpo estaba deshidratado (achicharrado), con la piel amarronada, acartonada, tipo cuero. La apertura toracoabdominal mostró los órganos torácicos y abdominales convertidos en una masa informe pegada a la columna vertebral donde resultaba imposible reconocer los diferentes órganos además de la invasión masiva de vermes.

El cadáver ha sufrido intensas modificaciones posiblemente secundarias a la exposición al aire y al calor en la meseta patagónica sumado al efecto de la fauna cadavérica.

El difunto tenía 55 años, era fumador, bebedor moderado de vino, en buena salud, sin tratamientos médicos. La autopsia descartó criminalidad en su muerte.

La zona donde se encontró el cadáver corresponde a la meseta patagónica que tiene un clima tipo desértico (seco, caliente y ventoso). No se pudieron obtener datos de la temperatura y humedad ambiente del lugar, pero a título indicativo se consiguieron datos de un valle vecino cuyo clima es más húmedo y moderado que sirven solo para tener una idea aproximada de lo que puede haber sido el clima en una zona cercana, pero más expuesta, como es donde fue hallado el cadáver.

Los registros de temperatura y humedad (tomados en una casilla meteorológica a 1,50 ms de altura) en la Facultad de Agronomía de la Universidad del Comahue, de los días que transcurrieron desde la última vez que lo vieron con vida hasta que lo encontraron muerto fueron:

ENERO 1999						
Día del mes	12	13	14	15	16	17
Humedad Relativa en %	53	60	52	47	59	39
Temperatura en grados centígrados (°C)	23	20	25	28	24	25

En cuanto al tiempo necesario para llegar a la momificación, los textos dicen:

- "Momificación o desecación se realiza en un tiempo no inferior a seis meses a un año"(1)
- "Aparece después de 6 meses a 1 año de la muerte" (2)
- "Aparece al cabo de un año del deceso" (3)
- "La totalidad del proceso de momificación tiene lugar en un periodo de 1 a 12 meses lo que depende de las condiciones ambientales y del volumen corporal. El período más corto descrito hasta el momento en un adulto ha sido de 17 días" (4)

Este caso, según la clasificación de Gisbert Calabuig (4), se trataría de una momia reciente (por la persistencia de tejidos no desecados completamente con una consistencia mas o menos blanda), con una momificación incompleta, ocurrida en un periodo de tiempo no mayor a los cinco días.

1. Achaval A. Manual de Medicina Legal. Buenos Aires: Abeledo-Perrot; 1994. p. 232.
2. Vargas Alvarado E. Medicina Legal. San José de Costa Rica: Lehman; 1983. p. 76.
3. Vargas Alvarado E. Medicina Forense y Deontología Médica. Mexico DF: Trillas; 1991. p. 174.
4. Gisberg Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Masson; 1998. p. 196.

Adolfo Scatena

Especialista en Medicina Legal. Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Cirugía. Médico Forense. 2ª Circunscripción Judicial de la Provincia de Río Negro, Argentina.

Correo electrónico: ASCATENA@arnet.com.ar

Cuerpo Medico Forense
25 de Mayo, 880.
8332-GENERAL ROCA (Río Negro)
ARGENTINA

Sarcophaga haemorrhoidalis

La entomología forense o médico legal se viene utilizando desde el siglo XIX para determinar el tiempo transcurrido desde la muerte. Autores como Brouardel, Orfila y Redi han contribuido al desarrollo de esta ciencia. Aunque el auténtico nacimiento de la entomología médicolegal tuvo lugar en 1894, cuando Megnin publicó "La fauna de los Cadáveres Aplicación de la Entomología a la Medicina Legal" (1). En 1978 Marcel Leclercq publica "Entomologie et Médecine Légale. Datation de la mort" (2), y es a partir de este momento cuando la trayectoria; siendo muchos los autores que han dedicado su tiempo y conocimientos a estos estudios, e innumerables las situaciones donde ha contribuido la entomología a su esclarecimiento. Todos estos trabajos se han ido recogiendo en los tratados de Medicina legal de nuestro entorno (3, 4, 5, 6, 7).

Además de la data de la muerte, se ha utilizado para innumerables trabajos, como es la de determinación de tóxicos en los cadáveres (8, 9, 10), siendo también los insectos unos buenos indicadores del estado y las condiciones en las que encontramos el cadáver.



Fotografía 1. Larva de Sarcophaga haemorrhoidalis.

Una larva de Sarcophaga haemorrhoidalis, (Fotografía 1) fue remitida al laboratorio de Antropología del Instituto Anatómico Forense para su estudio. Esta especie que pertenece a los Sarcophagidos, género muy común en nuestro entorno y que aparece en las primeras fases de descomposición en la mayoría de los cadáveres.

Quiero señalar que la especie Sarcophaga haemorrhoidalis no es propia de los cadáveres en putrefacción, pues cría principalmente en lugares sucios y en desechos orgánicos incluyendo heces humanas, por lo que es muy común en países donde las condiciones higiénicas son precarias. Al

contrastar esta información con la recogida en la Inspección ocular y levantamiento del cadáver, se confirmó que el lugar donde estaba el cadáver se encontraba bastante sucio, indicándonos que las

condiciones higiénicas en las que vivía esta persona eran bastante deficientes. Si ello no hubiera sido así, habría habido un traslado del cadáver.

Esto nos indica la importancia que tiene una recogida exhaustiva de larvas no solo del cadáver en el momento de la autopsia, sino también de todos los insectos que se encuentren en el lugar donde se realiza el levantamiento, pues en determinadas ocasiones nos pueden proporcionar una importante información para el caso analizado.

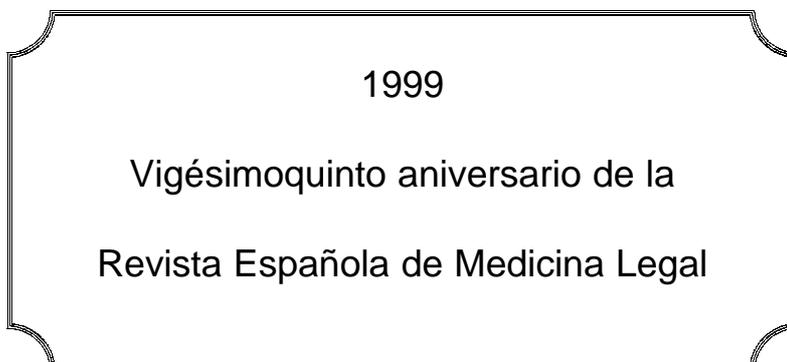
1. Megnin P. La Fauna de los Cadáveres Aplicación de la Entomología a la Medicina Legal. Madrid: Editor Saturnino Calleja 1992
2. Leclercq M. Entomologie et Médecine Légale. Datation de la mort. Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale. 1978. Nº 108. paris: Masson.
3. Lecha-Marzo A. Tratado de autopsias y embalsamamientos. Madrid: Los progresos de la clínica; 1917. p. 79-90.
4. Piga A. Medicina Legal de urgencia. Madrid: Ediciones Mercurio; 1928. p. 169-79.
5. Bonnet EFP. Medicina Legal. 2ª ed. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1980. p. 309-35.
6. Villanueva Cañadas E, Concheiro Carro L. Problemas tanatológicos médico-legales. **En/In:** Gisbert Calabuig JA, **autor/editor.** Medicina Legal y Toxicología. 4ª ed. Barcelona: Salvat Editores SA; 1991. p. 181-97.
7. Macchiarelli L, Feola T. Medicina Legale. Torino: Edizioni Minerva Medica; 1995. p. 289-91.
8. Goff ML, et al. Entomotoxicology. A new area for forensic investigation. *Am J Forensic Med Pathol.* 1994 Mar; 15(1): 51-7.
9. Kintz P, et al. Toxicology and fly larvae on a putrefied cadaver. *J Forensic Sci Soc* 1990 Jul-Aug; 30(4): 243-6
10. Introna Jr, et al. Opiate Analysis in Cadaveric Blowfly Larvae as an Indicator of Narcotic Intoxication. *Journal Forensic Sciences.*1989. pp. 118-22

Concepción Magaña Loarte

Bióloga. Entomología Forense. Laboratorio de Antropología Forense. Instituto Anatómico Forense de Madrid. Ministerio de Justicia.

Correo electrónico: mcnm136@mncn.csic.es

Laboratorio de Antropología Forense
Instituto Anatómico Forense de Madrid
Ciudad Universitaria s/n
28040-MADRID



PROFESIÓN:

Una alerta en África

Reimpresión autorizada de: García de Galvez A. Una alerta en África. *Cuad Med For* 1999; 15: 5-7.

Reacio, como la mayoría de los compañeros, a publicar nuestras experiencias profesionales en el Boletín de la Revista de la Asociación [1]. Hoy rompo esta inercia y presento estas líneas con la esperanza de despertar esta inquietud a la vez de dar a conocer una práctica profesional pocas veces repetible.

El reciente accidente aéreo conocido como Accidente de Tres Forcas en el vecino continente africano, ha supuesto una vez más la difusión en los diferentes medios de comunicación, del quehacer médico forense en uno de sus aspectos más singulares (la identificación cadavérica y el estudio de las lesiones y causas de la muerte en víctimas de accidentes aéreos).

Para situar al lector que por cualquier circunstancia no haya seguido o no conozca dicho accidente, las principales referencias del mismo son:

En la mañana del pasado día 25 de septiembre de 1998, el primer vuelo del día de la primera compañía PAUKN-AIR, vuelo PV 4101 que hace el trayecto Málaga-Melilla los días MXJVS, con salida a los 8:15 h. y llegada a las 8:50 h., no llegó a su destino porque a las 8:45 h. ya sobre la vertical del "Cap des Trois Fourches" (Cabo de Tres Forcas), el avión un Tetrarreactor BAE-146-British Aerospace de 86 plazas, con 34 pasajeros y 4 tripulantes, chocó contra una colina de la aldea costera marroquí del poblado de Cap Dinya a 12 km. del enclave español en Marruecos, Melilla.

Sobre las causas del suceso, en el momento de redactar la presente comunicación no existe versión oficial. Después de haber tenido la oportunidad de visitar el lugar del siniestro en compañía de un grupo de investigadores aeronáuticos tengo el convencimiento que un problema de niebla llevó al piloto a realizar una maniobra de aproximación de baja visibilidad en la senda equivocada golpeando la aeronave con la cima de la montaña para terminar estrellándose en suelo marroquí perteneciente a la ciudad de Nador.

La circunstancia de que mi primer destino como Médico Forense fuese la ciudad de Melilla, junto a los lazos de amistad allí forjados, y la proximidad geográfica al depender judicialmente de la Audiencia Provincial de Málaga (mi destino actual), fueron las causas principales para que en un evento como éste, junto a otros compañeros, me desplazara a Melilla para trabajar en la apremiante y penosa tarea de identificación y determinación de las causas de la muerte.

Profesionalmente ha tenido la experiencia de haber participado en otro importante accidente aéreo, el ocurrido en Málaga en el año 1.982 con 52 víctimas mortales, sin duda que me ayudó, sin embargo, puedo asegurar que cada evento es diferente.

Mis conocimientos me facilitaron un inmediato desplazamiento sabiendo dónde y qué podían hacerlo posible.

En estos casos, la burocracia es lenta, y si tú estás convencido de que puedes y debes colaborar no hay que esperar. Jueces Instructores con no mucha experiencia y el desconcierto de los primeros momentos, pueden provocar que las primeras tareas de campo, clasificación, y traslado de cadáveres, se realicen sin una metodología adecuada.

Pero sin duda el mayor problema y peligro a la vez, es el intrusismo, punto sobre el que quiero hacer énfasis. si de algo sirven estas líneas, quisiera que lo fueran para reivindicar competencias claramente médico forenses, pero que la dejación por hacer valer nuestros derechos nos ha conducido a perder.

Las personas que me conocen, saben del respeto, admiración y afecto que me une a los distintos grupos de la Policía Judicial de la Policía Nacional y de la Guardia Civil, quizás más cerca todavía de los Gabinete de Identificación; por ello, que nadie juzgue equivocadamente mis palabras.

Cuando llegas a las improvisadas "Morgues" y encuentras a más de cincuenta personas, todos con batas, manipulando cadáveres no sólo tomando fotografías o reseña necrodactilar, sino con bisturí en mano cortando la piel en busca de una fórmula dental, y ninguno de ellos es Médico Forense, pienso que algo falla.

Por fortuna y acierto la situación se reconduce de forma inmediata, ¿pero qué hubiera sucedido si en vez de tardar unas horas llegamos al día siguiente?

Sabemos de la penuria y escases de medios materiales con los que los Médicos Forenses Andaluces realizamos las autopsias; pero nunca ello puede justificar el abandono de funciones que supone dejar en manos de terceros una competencia médico-forense por definición.

Establecer donde empieza y donde acaba el trabajo del Médico Forense para dejar paso a la Policía Científica no representa duda, un cadáver no debe ser manipulado por una persona que no sea Médico Forense. En los últimos tiempos, la falta de recursos materiales y humanos ha motivado que la toma de fotografías e incluso la toma de los dactilogramas (necrorreseñas), esté en manos de la Policía Científica.

La identificación cadavérica, igual que la de una persona viva no podrá ser completa, científica y satisfactoria, sin la participación conjunta pero coordinada de los distintos peritos; Forenses unos, y Policiales otros.

En el suceso de Tres Forcas, el éxito de conseguir la identificación de las 38 víctimas en cuarenta y ocho horas, fue posible gracias a una acertada labor de coordinación facilitada por las distintas autoridades que supieron poner los medios que eran requeridos en todo momento.

Por todo lo mencionado, quiero dejar encendida la alerta, ya que no es de extrañar que de continuar en esta tolerancia y dejación de funciones, sigan produciéndose situaciones anacrónicas de "OUTSIDE".

Antonio García de Gálvez

Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Instrucción números 8 y 10 de Málaga. Ministerio de Justicia.

Clínica Médico Forense de Málaga
Palacio de Justicia Miramar
Paseo de Reding, s/n.
29071-MÁLAGA

[1] El autor hace referencia a la publicación Cuadernos de Medicina Forense, editada por la Asociación Andaluza de Médicos Forenses.

Sobre la forma y contenido del dictamen pericial en el Proceso laboral.

Sentencias del Tribunal Supremo.

Cuando el examen del cuadro clínico descriptivo de las reducciones orgánicas y de las limitaciones funcionales no se estima sitúe al trabajador afectado en la imposibilidad absoluta de realizar cualquier género de trabajo, y sí tan solo los rudos y esforzados propios de su actividad, no puede incorporarse una valoración jurídica cual es la afirmación médica de que el paciente está incapacitado para toda clase de trabajo, pues tal aseveración rebasa la esfera de actuación del facultativo. (TS 6, Sentencia del 24 de mayo de 1980. Ponente: Sr. Valle Abad)

No es función de los peritos médicos calificar jurídicamente el grado de incapacidad laboral en que se encuentren los pacientes, y si lo hicieren, sus dictámenes o informes periciales no pueden ser tenidos en cuenta. (TS 6, Sentencia del 3 de junio de 1980. Ponente: Sr. Cerezo Abad)

No es competencia de los facultativos calificar el grado de invalidez, valoración, jurídica reservada a los organismos administrativos o jurisdiccionales. (TS 6, Sentencia del 15 de julio de 1980. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

Como el TS 6 viene afirmando con reiteración el informe-propuesta de invalidez permanente absoluta suscrito por facultativo, que posteriormente en el acto del juicio, a instancias del interesa-

do ratificó, no tiene eficacia a los fines pretendidos, ya que no es propiamente prueba pericial, con virtualidad por ello, demostrativa de error en la apreciación de la prueba, a más de que la calificación del grado de incapacidad permanente verificado por el facultativo que lo suscribe, no es un dato fáctico, sino un concepto jurídico, que por lo mismo no tiene que figurar en la declaración de hechos probados, de ahí que su silenciamiento no sea imputable a equivocación que deba ser subsanada en casación.

(TS 6, Sentencia del 15 de julio de 1980. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

Los dictámenes médicos tienen como exclusiva función la de informar sobre la situación clínica del trabajador, y disminuciones físicas que entrañe, con específica concreción de las secuelas y consecuencias derivadas de las lesiones.

(TS 6, Sentencia del 23 de septiembre de 1980. Ponente: Sr. Torres-Dulce y Ruiz)

La opinión y criterio de los facultativos médicos, acerca de cuál sea el grado de incapacidad permanente en la que se encuentra el trabajador, no es vinculante para el Juzgador, ya que la función concreta y específica de aquéllos, como tales peritos es la describir y puntualizar las alteraciones orgánicas que presente el sujeto, para que los órganos administrativos y jurisdiccionales, a quienes la Ley ha conferido la competencia, declaren cuál es el grado de invalidez permanente.

(TS 6, Sentencia del 6 de octubre de 1980. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

La manifestación del facultativo en su dictamen estimando que la trabajadora se halla incapacitada de modo permanente y absoluto es irrelevante, porque la calificación del grado de invalidez es un concepto jurídico y, por lo mismo, no es función del perito médico realizarla, quien sólo ha de reseñar los padecimientos, traumatismos y secuelas para que, a su vista, declare el órgano jurisdiccional cuál sea el grado de invalidez permanente.

(TS 6 Sentencia del 21 de octubre de 1980. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

A la valoración judicial de cada uno de los grados de incapacidad permanente contribuyen los peritos médicos, no sólo haciendo relación de las enfermedades que el trabajador sufre, sino, además, puntualizando las consecuencias laborales que a ellas subsiguen, variables siempre en función de la persona que las sufre, su grado de desarrollo, órganos afectados y clase de trabajo que con anterioridad realizase el operario; datos de hecho cuyo conocimiento ha de facilitar al juzgador (generalmente carente de formación clínica que le ayude en esa misión) a formular la pertinente calificación jurídica, que le es propia.

(TS 6, Sentencia del 24 de marzo de 1981. Ponente: Sr. González Encabo)

La calificación del grado de invalidez permanente, no es función atribuida por la Ley a los peritos médicos, pues es un concepto jurídico que, por lo mismo, traspasa la finalidad y objeto del cometido de tales peritos, que es detallar las perturbaciones físico-patológicas del sujeto sometido a examen y reconocimiento, para, a su vista, determinar la repercusión de ellas en la capacidad laboral de quien las sufre y, consiguientemente, el grado de invalidez que pueda corresponder.

(TS 6, Sentencia del 25 de mayo de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Campos)

Como ha declarado la doctrina jurisprudencial, no es función peculiar del perito médico calificar el grado de invalidez permanente del trabajador reconocido, al tratarse de un concepto jurídico ajeno a la esencia del dictamen pericial, describir el cuadro clínico del sujeto reconocido, para del mismo, los órganos a quienes la Ley les ha conferido competencia para ello, determinar su repercusión en la capacidad laboral, además de que ante dictámenes dispares el juzgador de instancia es soberano para elegir de entre los obrantes en el proceso, el que le merezca mayor credibilidad y objetividad.

(TS 6, Sentencia de 9 de junio de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

El hecho de no recoger en el relato histórico el grado de invalidez permanente reseñado en los dictámenes médicos, no es imputable a ninguna equivocación del magistrado sentenciador, rectificable en casación, al tratarse de un concepto jurídico y no de un dato fáctico, ya que no es misión de los peritos médicos el realizar tal calificación pues con ello traspasan los límites de la finalidad

del informe pericial siendo el magistrado el que debe deducir su repercusión en la capacidad laboral de quien las padece.

(TS 6, Sentencia del 13 de junio de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

La manifestación del facultativo, calificando en su dictamen el grado de incapacidad, es irrelevante dentro del proceso laboral, porque la calificación del grado de invalidez es un concepto jurídico y, por lo mismo, no es función del perito médico emitirla, y sí la de reseñar los padecimientos que el trabajador sufre, con enumeración de los efectos que ellos producen. (Cfr. TS 6 S. 21 Oct. 1980).

(TS 6, Sentencia del 22 de junio de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Campos)

No es función de los peritos médicos, determinar la procedencia o improcedencia de la situación de invalidez permanente y grado de la misma, al ser un concepto jurídico de la competencia exclusiva de las CC.TT.CC. en la vía administrativa y de la jurisdicción contencioso-administrativa al conocer del recurso jurisdiccional.

(TS 6, Sentencia del 9 de julio de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

Las manifestaciones que los facultativos hagan, afirmando hallarse el trabajador absolutamente incapacitado para todo trabajo, son improcedentes, porque tal afirmación es un concepto jurídico que escapa a las facultades atribuidas a los peritos médicos, correspondiendo íntegramente al Órgano jurisdiccional.

(TS 6, Sentencia del 1 de octubre de 1981. Ponente: Sr. Jiménez Asenjo)

No es función atribuida a los médicos la de calificar la invalidez, ya que los informes periciales no tienen otro objetivo que el de dejar constancia de las enfermedades y secuelas correspondientes, siendo el órgano jurisdiccional el competente para calificar las mismas (Cfr. TS 6 S 21 Ene. 1981).

(TS 6, Sentencia del 9 de febrero de 1982. Ponente: Sr. Alvarez de Miranda)

(TS 6, Sentencia del 24 de noviembre de 1981. Ponente: Sr. Alvarez de Miranda)

Las conclusiones contenidas en informes médicos sobre la calificación de la capacidad laboral del trabajador, son inoperantes, dado que se trata de conceptos jurídicos, que no compete realizar a aquéllos, sino a los órganos a que la ley les ha conferido competencia para ello (CC.TT.CC. y Magistrado de Trabajo).

(TS 6, Sentencia del 5 de diciembre de 1981. Ponente: Sr. Muñoz Alvarez)

No es función atribuida a los médicos la de calificar la invalidez, ya que los informes periciales no tienen otro objetivo que el de dejar constancia de las enfermedades y secuelas correspondientes, siendo el órgano jurisdiccional el competente para calificar las mismas (Cfr. TS 6 S 21 Ene. 1981).

(TS 6, Sentencia del 9 de febrero de 1982. Ponente: Sr. Alvarez de Miranda)

(TS 6, Sentencia del 24 de noviembre de 1981. Ponente: Sr. Alvarez de Miranda)

Los peritos deben ofrecer sus conocimientos técnicos y científicos, absteniéndose de valoraciones jurídicas que corresponde realizar a los órganos jurisdiccionales.

(TS 6, Sentencia del 29 de abril de 1982. Ponente: Sr. Muñoz Campos)

No es atribución de los facultativos emitir juicio en un dictamen haciendo calificaciones que están reservadas únicamente al órgano jurisdiccional, porque, además, la valoración de las secuelas del trabajador constituye un concepto jurídico que formalmente no puede figurar en la versión fáctica de la resolución.

(TS 6, Sentencia del 21 de mayo de 1982. Ponente: Sr. Bueren y Pérez de la Serna)

RECOMENDACIÓN Nº(99)3 DEL CONSEJO DE MINISTROS DE LOS ESTADOS MIEMBROS, PARA LA ARMONIZACIÓN METODOLÓGICA DE LAS AUTOPSIAS MÉDICO LEGALES. (Adoptada por el Consejo de Ministros del 2 de febrero de 1999, tras la 658ª reunión de los Delegados de los Ministros).

Nota(*): Traducción NO OFICIAL de los textos originales de la Recomendación Nº (99) 3 del CONSEJO DE EUROPA.

En inglés: RECOMMENDATION No. R (99) 3 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBERS STATES ON THE HARMONISATION OF MEDICO-LEGAL AUTOPSY RULES.

En francés: RECOMMANDATION Nº R (99) 3 DU COMITÉ DES MINISTRES AUX ÉTATS MEMBERS RELATIVE A L'HARMONISATION DES RÈGLES EN MATIÈRE D'AUTOPSY MÉDICO-LÉGALE.

(*) *Conforme a lo sugerido por Don JA Tsimaratos (Executive Manager, Directorate of Electronic Documentary, Information Services. Secrétariat Général. Consejo de Europa)*

Consideraciones del traductor:

El texto oficial en inglés utiliza el término "medico-legal expert", y en francés "médecin légiste", en referencia a la figura del médico con especial conocimiento o habilitación en el campo de la Medicina Legal. En nuestro país, la realización de la Autopsia Judicial está encomendada al Médico Forense (Funcionario del Cuerpo de Médicos Forenses, Ministerio de Justicia); ello no es óbice para que en la misma, puedan intervenir otros peritos. Por ello, y ya que este documento está dirigido a varios países y utiliza denominaciones que para todos puedan valer, se ha optado por anotar el término "perito médico legal".

La traducción idónea de "unnatural death/ décès non naturel" sería "muerte violenta"; sin embargo, para mantener la armonía con ambas versiones, se traduce como "muerte no natural".

El "Principio II. Autopsy physicians/ Médecins chargés de l'autopsy" se traduce como "Médicos encargados de la autopsia". Se recomienda que la realicen dos, y que al menos uno "qualified in forensic pathology"/ "devrait être médecin légiste". Se ha optado por anotar "cualificado en patología forense".

Traductor:

Emilio Donat Laporta.

Médico Forense. Agrupación de Forensías de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción números 1, 6 y 7 de Alcalá de Henares. Profesor Asociado de Medicina Legal. Facultad de Medicina de Alcalá de Henares.

T E X T O

El Consejo de Ministros, conforme al artículo 15.b del Estatuto del Consejo de Europa;

Considerando que el Consejo de Europa debe aspirar a alcanzar la mayor unidad entre sus miembros;

Considerando los principios expresados en la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades fundamentales y, en particular, la prohibición de la tortura y de las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida;

Consciente de que es práctica habitual la realización de autopsias en todos los Estados miembros del Consejo de Europa, con el fin de establecer la causa y etiología de la muerte, por razones médico legales o de otro tipo, o para establecer la identidad del fallecido;

Considerando la importancia que puede tener indemnizar a las víctimas y a los familiares en los procesos judiciales civiles y penales;

Subrayando la necesidad de que la investigación, descripción, documentación fotográfica y toma de muestras durante la autopsia médico legal deben seguir principios médicos y científicos, considerando simultáneamente exigencias y trámites judiciales;

Consciente de que ante el incremento del desplazamiento de la población en Europa y en el mundo, así como de la creciente internacionalización de los procedimientos judiciales, se hace precisa la adopción de modelos, patrones uniformes, sobre la forma en que se deben realizar las autopsias y sobre la forma y fundamento de los informes de autopsia;

Considerando el Acuerdo del Consejo de Europa sobre traslado de cadáveres (Series de los Tratados Europeos, nº 80) y tomando en consideración las dificultades apreciadas cuando un país recibe el cadáver repatriado desde otro país miembro;

Consciente de la importancia de los procedimientos de autopsia adecuados, especialmente para dar a conocer casos de ejecuciones ilegales y asesinatos perpetrados por regímenes autoritarios;

Subrayando la necesidad de proteger la independencia e imparcialidad de los peritos médico legales, así como la necesidad de facilitar el soporte legal y técnico necesario para que desarrollen su labor de forma adecuada, promoviendo su formación;

Considerando la importancia de los controles nacionales de calidad, a fin de asegurar la adecuada realización de autopsias médicolegales;

Subrayando la necesidad de estrechar la cooperación internacional con el objetivo de armonizar progresivamente los procedimientos de las autopsias médico legales en el ámbito europeo;

Teniendo en consideración la Recomendación 1159 (de 1991) sobre la armonización del modelo de autopsias, adoptado por la Asamblea del Parlamento del Consejo de Europa en su 43ª sesión ordinaria;

Teniendo en consideración el Modelo de Protocolo de Autopsia de las Naciones Unidas, ratificado en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas;

Teniendo en cuenta la “Guía para la identificación de víctimas en caso de desastres”, adoptada por la Organización Internacional de Policía Criminal (Interpol) en su Asamblea General de 1997,

1. Recomienda a los Gobiernos de los Estados Miembros:

- i. adoptar en su legislación interna, los principios y modelos contenidos en esta recomendación;
- ii. tomar o reforzar, según el caso, todas aquellas medidas adecuadas a fin de implantar progresivamente los principios y modelos contenidos en esta recomendación;
- iii. establecer un programa de calidad adecuado que asegure la implantación de los principios y modelos contenidos en esta recomendación;

2. Invita a los Gobiernos de los Estados Miembros a informar al Secretario General del Consejo de Europa, cuando lo solicite, sobre las medidas tomadas para seguir los principios y reglas contenidas en esta recomendación.

Principios y reglas relacionadas con los procedimientos de autopsias médicolegales

Objeto de la recomendación

1. En los casos donde la muerte puede ser debida a causas no naturales, la autoridad competente, acompañada de uno o más peritos médicolegales, deberá investigar adecuadamente el lugar de los hechos, examinar el cuerpo y decidir si debe realizarse la autopsia.
2. Se debe practicar la autopsia en todas las muertes no naturales, obvias o sospechosas, también cuando exista demora entre el hecho causal y la muerte, particularmente en los siguientes casos:
 - a. homicidio o sospecha de homicidio;
 - b. muerte súbita inesperada, incluyendo el síndrome de muerte súbita del lactante;

- c. violación de derechos humanos, como es la sospecha de tortura o cualquier otra forma de maltrato;
- d. suicidio o sospecha de suicidio;
- e. sospecha de malpraxis médica;
- f. accidentes de circulación, laborales o domésticos;
- g. enfermedad profesional y ensayos;
- h. desastres tecnológicos y naturales;
- i. muertes durante detenciones o muertes asociadas con actividades policiales o militares; y
- j. cuerpos no identificados o restos óseos.

3. Los peritos médico legales deberán realizar sus funciones con total independencia e imparcialidad. No deben estar sometidos a ninguna forma de presión y deben ser objetivos en el ejercicio de sus funciones, especialmente en la presentación de sus resultados y conclusiones.

Principio I - Investigación de la escena o lugar de los hechos

a. Principios generales.

1. En los casos de muertes no naturales, evidentes o sospechosas, el médico que ha constatado el fallecimiento deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad competente; esta decidirá si el examen debe ser realizado por un perito médico legal o por un médico familiarizado con las técnicas de examen médico legales.

2. Particularmente, en homicidios o muertes sospechosas, los peritos médico legales deben ser informados sin dilación y, cuando se considere preciso, acudir inmediatamente al lugar donde se encontró el cuerpo. A este respecto, deberá existir una adecuada estructura de coordinación entre todas las personas involucradas y, en particular, entre el estamento judicial, los peritos médico legales y la policía.

b. Examen del cuerpo.

1. Papel de la policía.

La policía, entre otras, debe realizar las siguientes tareas:

- a. identificar a todas las personas que se encuentren en el lugar de los hechos;
- b. fotografiar el cuerpo tal y como fue encontrado;
- c. asegurarse de que todos los indicios sean anotados y que las piezas de convicción, como armas y proyectiles, se custodien para exámenes posteriores;
- d. de acuerdo con el perito médico legal, obtener la información que permita la identificación del cuerpo y cualquier otra información de los testigos, incluyendo aquellos que vieron por última vez al fallecido con vida;
- e. proteger las manos y la cabeza del fallecido con bolsas de papel, bajo el control del perito médico legal;
- f. preservar la integridad de la escena y sus alrededores;

2. Papel del perito médico legal

Deberá sin dilación:

- a. ser informado de todas las circunstancias relacionadas con la muerte;
- b. asegurarse de que las fotografías del cuerpo sean tomadas adecuadamente;
- c. anotar la posición del cuerpo y su relación con el estado de las ropas, el patrón de la rigidez y de las livideces cadavéricas, así como el estado de descomposición postmortal;

- d. examinar y anotar la distribución y patrón de las manchas de sangre en el cuerpo y en el lugar, así como cualquier otra evidencia biológica; .
- e. realizar un examen preliminar del cuerpo;
- f. excepto cuando el cuerpo esté en descomposición o esqueletizado, anotar la temperatura ambiental y rectal profunda del cadáver, estimando la hora de la muerte en función del grado, localización y estado de reversibilidad del rigor mortis y de las livideces, así como otros hallazgos;
- g. asegurarse de que el cadáver se transporta y custodia de manera segura y en un lugar refrigerado.

Principio II - Médicos encargados de la autopsia

Las autopsias médico-legales deben ser realizadas, cuando sea posible, por dos médicos de los cuales al menos uno de ellos debe estar cualificado en patología forense (*).

* Nota del traductor: la versión en inglés del texto oficial utiliza las palabras "qualified in forensic pathology" y la versión oficial en francés "médecin légiste". Conforme a Legislación Española los primeros a los que la Autoridad Judicial ordena la realización de autopsias judiciales es a los Médicos Forenses. (Funcionarios del Cuerpo de Médicos Forenses, Ministerio de Justicia).

Principio III - Identificación

A fin de asegurar la correcta identificación del cadáver se deben tomar en consideración los criterios establecidos en la normativa sobre identificación de víctimas en desastres, adoptada por la Asamblea General de la Interpol en 1997, que incluye los siguientes: reconocimiento visual, efectos personales, características físicas, examen dental, examen antropológico, huellas dactilares e identificación genética.

1. Identificación visual.

La identificación visual del cadáver se deberá realizar por los familiares, personas que le conocieran o que le hubieran visto recientemente.

2. Efectos personales.

Se debe describir la ropa, las joyas y el contenido de los bolsillos. Ello puede ayudar a una correcta identificación.

3. Características físicas.

Se deben obtener las características físicas por medio del examen externo e interno.

4. Examen dental.

Cuando sea procedente, un odontólogo con experiencia médico-legal examinará la dentadura y los maxilares.

5. Examen antropológico.

Cuando los restos humanos estén esqueletizados o en avanzado estado de descomposición, si fuera necesario, ha de hacerse un estudio antropológico.

6. Huellas dactilares.

Cuando sea preciso, la policía tomará las huellas dactilares.

Debe existir una estrecha colaboración entre todos los expertos involucrados.

7. Identificación genética.

Cuando sea necesaria la identificación genética, ésta se realizará por un experto en genética forense.

Es necesario tomar muestras biológicas del fallecido con el fin de colaborar a la identificación genética. Se deben tomar medidas encaminadas a evitar la contaminación y garantizar la apropiada custodia de las muestras biológicas.

Principio IV - Consideraciones generales

1. Las autopsias médico-legales y actos relacionadas deben llevarse a cabo de acuerdo con la ética médica, y respetando la dignidad del fallecido.

2. Cuando sea adecuado, los familiares más cercanos deben tener la oportunidad de ver el cuerpo.

3. Antes de comenzar la autopsia, deben seguirse las siguientes reglas mínimas:

a. anotar la fecha, hora y lugar de la autopsia.

b. anotar el nombre(s) del perito(s) médico legal(es), asistentes y cualquier otra persona presente en la autopsia, indicando el cargo y papel de cada uno en dicha práctica;

c. cuando sea necesario, fotografiar en color o grabar en vídeo todos los hallazgos relevantes del cuerpo vestido y desnudo;

d. desnudar el cuerpo, examinar y guardar las ropas y joyas, verificando la relación entre las heridas del cuerpo y la ropa;

e. cuando sea necesario, realizar radiografías, particularmente cuando hay sospecha de abusos sexuales a menores, así como para la identificación y localización de cuerpos extraños.

4. Antes de comenzar la autopsia, y cuando sea preciso, se deben tomar muestras en los orificios naturales del cuerpo con el fin de obtener e identificar evidencias y vestigios biológicos.

5. Si el fallecido estaba hospitalizado antes de la muerte, se deben obtener muestras de sangre y realizar radiografías, además de contar con la historia clínica.

Principio V - Métodos de autopsia

I. Examen Externo.

1. El examen de la ropa es parte fundamental del examen externo y todos los hallazgos observados deben ser claramente descritos. Este precepto adquiere especial relevancia en aquellos casos en los que la ropa aparece rota o manchada: se deberá describir cada zona con daños recientes y los hallazgos más importantes, comparados con la topografía lesional cadavérica. Si existen discrepancias en dicha comparación, también se harán constar.

2. La descripción del cuerpo en el examen externo debe incluir:

a. edad, sexo, constitución, altura, grupo étnico, peso, estado nutricional, color de la piel y características especiales (tales como cicatrices, tatuajes o amputaciones);

b. los fenómenos cadavéricos, incluyendo detalles relacionados con la rigidez y las livideces postmortales (distribución, intensidad, color y fijación); putrefacción y cambios inducidos por el medio ambiente;

c. hallazgos observados en una primera inspección externa y su descripción; toma de muestras y otras evidencias de interés en la superficie corporal; y reinspección después de trasladar y limpiar el cuerpo;

d. inspección de la superficie cutánea de la región posterior del cuerpo;

e. la descripción e investigación cuidadosa de la cabeza y de sus orificios naturales, incluyendo: el color, la longitud, la densidad y la distribución de la cabellera (y barba); el esqueleto nasal; la mucosa oral, la dentición y la lengua; las orejas, las regiones retroauriculares y el orificio y conducto auditivo externo; los ojos: color de iris y esclera, aspecto y regularidad de las pupilas, las escleróticas y la conjuntiva; piel (se debe describir la presencia o ausencia de petequias); olor y color de los fluidos que puedan observarse a través de los orificios;

f. cuello: comprobar su excesiva movilidad, presencia o ausencia de abrasiones o erosiones (incluidas petequias), otras marcas o hematomas en toda la circunferencia cervical;

g. tórax: forma y solidez; mamas: aspecto, pezones y pigmentación;

h. abdomen: aumento de diámetro, pigmentación, cicatrices, hematomas y alteraciones;

i. ano y genitales;

j. extremidades: forma y movilidad anormal, malformaciones; signos de administración intravenosa y cicatrices; superficies palmares, uñas de los dedos y de los pies;

k. hallazgos de sustancias bajo las uñas.

3. Todas las lesiones, incluyendo erosiones, contusiones y heridas así como otras señales o marcas deben ser descritas en su forma, medidas exactas, dirección, bordes, ángulos y posición relativa con relación a los puntos anatómicos. Fotografiarlas. Tomar muestras en el caso de lesiones por mordedura, realizando un molde si fuera necesario.

4. También se deben describir los signos de vitalidad perilesionales, la presencia de elementos extraños en el interior de las heridas y alrededor de las mismas, la presencia de reacciones secundarias tales como decoloración, cicatrización e infección.

5. Puede ser necesario realizar incisiones locales en la piel para examinar la presencia de contusiones-hematomas cutáneos y subcutáneos.

6. Cuando sea necesario, se tomarán muestras de las heridas para su posterior análisis histológico o histoquímico.

7. Deben describirse todos los signos recientes y antiguos propios de intervención quirúrgica y reanimación. No se deben retirar los dispositivos médicos antes de la intervención de un perito médico legal.

8. En este punto se debe tomar la decisión de la estrategia de investigación a seguir y sobre la necesidad de realizar radiología o utilizar otros procedimientos de diagnóstico por la imagen.

II. *Examen Interno.*

A. *Generalidades.*

1. Se deben describir todas las alteraciones producidas por la disección o por la recogida de muestras.
2. Deberán abrirse “plano a plano” las tres cavidades corporales: cabeza, tórax y abdomen. Cuando esté indicado, se examinará la columna vertebral y las articulaciones.
3. El examen y descripción de las cavidades incluye: estudio para la presencia de gases (neumotórax), medidas del volumen de sangre y fluidos, aspecto de las superficies internas, integridad de sus límites anatómicos, apariencia externa de los órganos y su localización; adherencias y obliteraciones cavitarias, lesiones y hemorragias.
4. En todas las autopsias medicolegales, debe realizarse la disección de los tejidos blandos y de la musculatura del cuello (ver el párrafo relativo a procedimientos especiales).
5. Deben examinarse y seccionarse todos los órganos siguiendo las normas establecidas por la patología (anatomía patológica). Esto incluye la apertura de los vasos más importantes, tales como las arterias y los senos intracraneales, las carótidas, las arterias coronarias, las arterias y venas pulmonares, la aorta y los vasos abdominales, las arterias femorales y las venas de los miembros inferiores. Se diseccionarán vías más relevantes, como las aéreas superiores e inferiores, los conductos biliares, los uréteres. Se deben abrir todos los órganos huecos y describir su contenido –color, viscosidad, volumen- (tomando muestras cuando sea adecuado). Se deben cortar todos los órganos, describiendo la superficie de corte. Si hay lesiones, el procedimiento de disección puede variar respecto al normal o habitual; en ese caso debe describirse y documentarse adecuadamente.
6. Deben describirse de forma precisa, el tamaño y la localización de todas las lesiones internas. La descripción de las trayectorias incluirá su relación con los órganos y su anatomía topográfica.
7. Registrar el peso de los órganos más importantes.

B. *Examen detallado.*

1. *Cabeza*

- a. Antes de proceder a la apertura craneal, se debe despegar el perióstio con el fin de mostrar o excluir fracturas.
- b. El examen de la cabeza debe implicar la inspección y descripción del cuero cabelludo, las superficies externa e interna del cráneo y los músculos temporales.
- c. Debe describirse el grosor y el aspecto del hueso y de las suturas craneales, el aspecto de las meninges, del líquido cefalorraquídeo (LCR), la estructura de la pared y el contenido de las arterias cerebrales y de los senos. La descripción de los huesos también debe incluir el examen de su integridad y del conjunto del cráneo con las dos primeras vértebras cervicales.

d. En el caso de lesión en la cabeza, obvia o sospechada, particularmente se precisa un examen detallado en casos de suicidio o de putrefacción, se recomienda la fijación de todo el encéfalo antes de su disección.

e. Cuando esté indicado deben abrirse los oídos medios y los senos nasales.

f. El tejido blando y el esqueleto facial deben disecarse sólo cuando sea de interés, utilizando técnicas que conserven, en lo posible, el aspecto estético.

2. *Tórax y cuello.*

La apertura del tórax debe realizarse mediante una técnica que permita la demostración de neumotórax y la inspección de la pared torácica, incluyendo las regiones posterolaterales. La disección in situ del cuello debe mostrar los detalles de su anatomía.

3. *Abdomen.*

El procedimiento de apertura del abdomen debe permitir un examen minucioso de todos los planos, incluyendo las regiones postero-laterales. La disección in situ, es necesaria en ciertos casos, particularmente para la demostración de trayectorias lesionales y evacuación de fluidos. La disección de los órganos debe observar criterios, a ser posible de continuidad anatómica. Se debe disecar el intestino completamente, describiendo su contenido.

4. *Esqueleto.*

El examen de la caja torácica, columna y pelvis, debe ser parte del procedimiento de autopsia. Cuando sea adecuado, y en muertes traumáticas, puede ser necesaria la disección de las extremidades, posiblemente junto a su examen radiológico.

5. *Procedimientos especiales*

a. Si existe alguna sospecha de traumatismo cervical, se deben extraer los órganos torácicos y el encéfalo antes de proceder a la disección cervical, facilitando así el examen detallado en un territorio exangüe.

b. Si hay sospecha de embolismo gaseoso, se debe realizar radiología torácica antes de la autopsia. El primer paso de la autopsia, en este caso, debe ser una cuidadosa y parcial apertura del tórax con desarticulación de los 3/4 inferiores esternales, y posterior apertura cardiaca bajo el agua, permitiendo la cuantificación y toma de muestras del aire o gas que escapa.

c. Para la demostración de patrones lesivos específicos, se aceptan desviaciones respecto al procedimiento normal de disección, con tal que dichas técnicas sean descritas específicamente en el informe de autopsia.

d. La disección, en muertes traumáticas, debe incluir una exposición completa de los tejidos blandos y de la musculatura del plano posterior del cuerpo. El mismo procedimiento debe aplicarse a las extremidades (método denominado "peel off" o "l'écorchage");

e. Ante la sospecha o certeza de agresión sexual, se deben extraer en bloque los órganos genitales internos junto con los genitales externos, recto y ano, para su disección. Antes de realizar dicha técnica, deben tomarse muestras en los orificios y cavidades.

6. Toma de muestras

El objetivo del procedimiento de recogida de muestras dependerá de cada caso. En todos ellos se seguirán las siguientes reglas mínimas:

- a. en todas las autopsias, el esquema básico de recogida de muestras incluye tomas de los órganos principales con fines histológicos, sangre periférica (para análisis de alcohol, drogas e identificación genética), orina y contenido gástrico. Todas las muestras de sangre deben ser periféricas, no cardíaca o torácica;
- b. cuando no se pueda establecer la causa de la muerte con el necesario grado de certidumbre, la toma incluirá muestras adicionales y fluidos para estudios metabólicos y toxicológicos. Estas incluyen sangre, humor vítreo, líquido cefalorraquídeo, bilis, pelo y demás tejidos importantes;
- c. si la muerte se relaciona con violencia física, la toma de muestras incluirá las lesiones, por ejemplo para determinar su data y la presencia de materiales extraños en su seno;
- d. puede ser necesario extirpar huesos o compartimentos óseos si se desea reconstruir;
- e. puede ser preciso extirpar los maxilares y otros huesos, si el fin principal es la identificación;
- f. si se diagnóstica o sospecha estrangulamiento o aplicación de fuerza física en el cuello, se debe conservar la totalidad de las estructuras del cuello, musculatura y paquete neurovascular para estudio histológico. El hioides y los cartílagos laríngeos se deben disecar cuidadosamente;
- g. deben recogerse las muestras biológicas en recipientes firmemente cerrados, adecuadamente conservados, sellados y transportados a laboratorio en condiciones de seguridad;
- h. algunos especímenes y fluidos necesitan ser recogidos de forma especial y analizados sin tardanza.

7. Devolución del cuerpo.

Después de llevar a cabo una autopsia medicolegal, los peritos médico legales deben asegurarse de que el cuerpo se devuelva en condiciones dignas.

Principio VI - Informe de Autopsia

1. El informe de autopsia es tan importante como la autopsia en sí; ésta última será menos valiosa si los hallazgos y opiniones del perito medicolegal no se expresan en un documento de forma clara, precisa y permanente. El informe de autopsia debe ser parte integral del procedimiento de autopsia y ser diseñado cuidadosamente.
2. El informe, debería ser:
 - a. completo, detallado, comprensible y objetivo;
 - b. claro y comprensible no sólo para otros médicos, sino también para lectores no médicos;
 - c. escrito con una secuencia lógica, bien estructurado y con facilidad para referirse a sus diversos apartados;
 - d. legible y perdurable; en papel, aún cuando se realice su almacenamiento electrónico;
 - e. escrito a modo de un ensayo razonado.

3. El diseño del informe de autopsia, debe incluir, como mínimo:

- a.* preámbulo legal, si es necesario, a fin de cumplir los requisitos legales;
- b.* número de serie, codificación para su recuperación computerizada y código incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD: International Classification of Disease Code);
- c.* detalles personales completos del fallecido (incluyendo nombre, edad, sexo, dirección y ocupación), salvo en los no identificados;
- d.* cuando se conozcan: fecha, lugar y data de la muerte;
- e.* fecha, lugar y hora de la autopsia;
- f.* nombre, titulación, cualificaciones y puesto del experto(s) médico legal(es);
- g.* personas presentes durante la autopsia y su función;
- h.* cargo y nombre de la autoridad que ordenó la autopsia;
- i.* persona(s) que identifican el cadáver;
- j.* nombre y dirección del médico que atendió al fallecido;
- k.* sinopsis de la historia y circunstancias de la muerte, partiendo de los datos proporcionados al perito médicolegal por la policía, los jueces, los parientes u otras personas, así como de la información contenida en el expediente, cuando éste sea accesible;
- l.* descripción del lugar de la muerte, si acudió el experto médicolegal; las referencias deben realizarse según los preceptos contenidos en el Principio I ya mencionado;
- m.* examen externo, según las referencias incluidas en el Principio V;
- n.* examen interno por sistemas anatómicos, junto a comentarios para cada órgano. Referirse a lo preceptuado en el Principio V;
- o.* listado de todas las muestras tomadas para la investigación toxicológica, identificación genética, histología, microbiología y otras técnicas; dichos especímenes deben ser identificados y analizados por el perito médicolegal de acuerdo con lo establecido por cada sistema legal;
- p.* se deberán incluir, cuando sea posible, los resultados de investigaciones tales como radiología, odontología, entomología y antropología;
- q.* una de las partes más importantes del informe de autopsia es la evaluación global que el perito médicolegal realiza del significado de los resultados obtenidos. Al finalizar una autopsia, las conclusiones son frecuentemente provisionales, ya que hallazgos posteriores o el conocimiento ulterior de otros hechos circunstanciales, pueden motivar su modificación. Los peritos médico legales deben interpretar la globalidad de hallazgos, ofreciendo la máxima información y abanico de opiniones. También se debe llamar la atención sobre cuestiones, que pudieran ser de importancia, y no hayan sido señaladas por la autoridad competente;

r. basándose en la interpretación final, debe señalarse la causa de la muerte, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Cuando existan diversas posibilidades o alternativas para la causa de la muerte, y los hechos no pudieran diferenciarlas, el experto medicolegal deberá describir dichas alternativas, y si es posible, ordenarlas según sus probabilidades. Si no es posible, entonces la causa de muerte deberá ser expresada como "Indeterminada";

s. el informe será finalmente revisado, fechado y firmado por el perito(s) médico legal(es).

4. La fecha de la autopsia y la fecha del informe provisional nunca deberían estar separadas por más de uno o dos días. Dichas fechas deben ser lo más próximas posibles.

Apéndice de la RECOMENDACIÓN N° R (99) 3

Métodos específicos (Ejemplos seleccionados)

1. *Constricción cervical (ahorcamientos, estrangulamiento a mano o con lazo).*

El examen del lugar donde se encontró el cadáver, es extremadamente importante: por ejemplo, la existencia de una silla o plataforma similar, forma de aplicar el instrumento de estrangulamiento, técnica de tensión del nudo, la aplicación de cinta adhesiva en las manos y en otros objetos a fin de obtener vestigios de interés.

- Marcas de estrangulamiento: profundidad, anchura; anillos intermedios, dirección, punto de impresión, surcos de piel elevadas, zonas de hiperemia, presencia de marcas de estrangulamiento duplicadas; otras lesiones cervicales específicas, escoriaciones induradas consecuencia del deslizamiento del instrumento; marcas consecuencia del trenzado de patrones y estructuras textiles; distribución de las petequias en la piel. Contusiones, marcas de arañazos, vesículas en la marca de estrangulamiento.

- Sangrado a través de orificios faciales. Diferencias de tamaño entre ambas pupilas, localización de las livideces, presencia y distribución de la congestión.

- Lesiones debidas a convulsiones, lesiones de defensa, lesiones secundarias a una suspensión forzada.

Es esencial realizar la disección de los tejidos blandos cervicales, su musculatura y órganos en un campo exangüe.

2. *Sumersión/inmersión.*

Anotar cuidadosamente los siguientes hallazgos: hongo de espuma en la boca, cutis anserina, maceración cutánea, algas y lodo, lesiones secundarias por animales acuáticos o elementos del medio acuático (rocas, embarcaciones, etc.), pérdida de uñas, piel, localización de las livideces.

Técnica: toma de muestras del contenido gástrico, descripción exacta de los pulmones (peso, medidas, extensión del enfisema); toma de muestras del fluido pulmonar, hígado y otros tejidos, a fin de demostrar la posible existencia de diatomeas y otros contaminantes.

Si es preciso, debe realizarse toma de muestras del medio de sumersión (por ejemplo, agua del río, agua de la bañera).

3. *Homicidios con movil sexual.*

Es especialmente importante la inspección y documentación de la escena del crimen, en relación con el patrón lesional. Todas las lesiones deben ser fotografiadas a escala. Si es preciso, la superfi-

cie corporal debe inspeccionarse mediante luz ultravioleta. La búsqueda y toma de muestras de materiales biológicos extraños en la superficie corporal debe incluir vello púbico y secreciones, como por ejemplo en las mordeduras. Dicho material debe ser cuidadosamente conservado y protegido de contaminaciones, para la investigación del ácido desoxirribonucleico (ADN). Se recomienda la disección “en bloque” de los órganos genitales. También es necesario proceder a una cuidadosa toma del material subungueal y de pelos “control”.

4. *Muertes por maltrato infantil y omisión.*

Se debe evaluar el estado de nutrición y cuidados generales, además de documentar y descubrir las lesiones externas y las cicatrices. Considerar la realización de radiografías buscando fracturas. Considerar la extirpación de tejidos, como por ejemplo: todas las lesiones, ganglios linfáticos regionales en situaciones de malnutrición, órganos endocrinos, tejidos inmunocompetentes y especímenes de diferentes porciones intestinales.

5. *Infanticidio/fetos ó recién nacidos.*

Son precisas técnicas especiales de disección para exponer el cerebro y la tienda del cerebelo; describir la situación de la bolsa serosanguinolenta (caput succedaneum); disecar todas las fracturas “en bloque”; investigar todos los centros de osificación (su presencia y tamaño). Se debe tener especial cuidado en la valoración de los órganos torácicos: grado de expansión pulmonar; examen de flotación “en bloque” y “en fragmentos”. Deben tenerse en cuenta las limitaciones del citado examen. Descripción de todas las malformaciones. En lo que respecta a los órganos abdominales, se debe investigar la presencia de gas en el intestino. Tanto el cordón umbilical como la placenta deben ser objeto de estudio morfológico e histopatológico.

6. *Muerte súbita.*

Después de realizar un somero examen podemos realizar una subdivisión en tres categorías fundamentales a fin de establecer una estrategia de actuación posterior:

a. hallazgos que explican el súbito desenlace de la muerte (por ejemplo, hemopericardio, rotura aórtica). Los casos incluidos en esta categoría generalmente pueden ser considerados como suficientemente claros (resueltos);

b. hallazgos que pueden explicar la muerte, pero permiten otras posibilidades. Los casos pertenecientes a esta categoría necesitan la exclusión de otra causa, por ejemplo, envenenamientos; los exámenes histológicos son necesarios para documentar alteraciones agudas o crónicas susceptibles de ser la causa de la muerte;

c. hallazgos mínimos o inexistentes o que no explican la muerte. Los casos pertenecientes a esta categoría requerirán habitualmente investigaciones más extensas. Esto ocurre especialmente en las muertes súbitas de los recién nacidos. Donde es esencial un modelo de investigación más amplio.

7. *Muerte por proyectiles de arma de fuego.*

Se deben llevar a cabo los siguientes extremos:

- describir extensamente el lugar de los hechos, las armas involucradas, los tipos de balas, ubicaciones de daño “medioambiental”, cartuchos y posiciones relativas de las personas involucradas;
- examen completo de la ropa, descripción de sus daños relevantes y toma de muestras cuidadosa;

- investigación completa y documentación de cualquier resto sanguíneo existente en la superficie del cuerpo (incluyendo ropa y manos);
- descripción minuciosa de las lesiones de entrada y salida debidas al proyectil, con relación a puntos anatómicos fijos y su distancia respecto a las plantas de los pies. Trayectos de los proyectiles a lo largo del cuerpo;
- descripción de las marcas debidas al contacto de la boca del cañón;
- extirpación de la región cutánea, sin limpiar, que rodea las lesiones de entrada y de salida;
- cuando sea necesario hacer radiografías antes y/o durante la autopsia;
- determinación del trayecto y disección(es) del proyectil(es);
- determinación de la línea de disparo, sucesión de los disparos, vitalidad de los mismos, y posición(es) de las víctimas.

8. *Muerte causada por artefactos explosivos*

- a.* Al igual que cuando se valora la causa de la muerte, la autopsia es fundamental (ayudando a reconstruir la naturaleza de la explosión) en la identificación del tipo y fabricante del artefacto explosivo, especialmente en los sabotajes aéreos y otros actos terroristas.
- b.* Debe realizarse estudio radiológico completo del cuerpo para localizar cualquier objeto metálico, tales como los componentes del detonador, que puedan conducir a la identificación del artefacto explosivo.
- c.* El patrón lesivo puede indicar que la persona fallecida era el autor de la explosión, por ejemplo, la mayor incidencia topográfica de lesiones en la región abdominal baja, puede sugerir que él o ella transportaban el artefacto en su regazo sufriendo una explosión prematura.
- d.* Todos los objetos extraños, identificados mediante radiología durante la autopsia en los tejidos, deben ser conservados cuidadosamente para el examen forense (criminalístico).
- e.* Deben conservarse muestras tisulares, de la ropa, etc., para su análisis químico, con el fin de identificar el tipo de explosivo.

9. *Lesiones por instrumentos romos y/o penetrantes.*

Se debe realizar:

- examen de las armas u objetos potencialmente involucrados (especialmente sus dimensiones);
- inspección y examen extenso de la ropa (incluyendo roturas y manchas);
- disección cuidadosa y descripción de todos los trayectos (plano por plano), incluyendo sus dimensiones, signos de vitalidad y vestigios relacionados con el arma.

10. *Muertes en incendios.*

Se debe realizar:

- examen de los restos de ropa, tipos y formas específicos de quemaduras en la piel y mucosas;
- búsqueda de alteraciones y peculiaridades típicas de la acción del calor;
- demostración/exclusión de sustancias inflamables;
- búsqueda de signos de vitalidad: monóxido de carbono, HCN, inhalación de hollín, lesiones cutáneas.

11. Sospecha de intoxicación (generalidades).

11.1 Cuando los hallazgos anatómicos no revelen la causa de la muerte y/o exista la vaga sospecha, de envenenamiento, en la toma de muestras básica deberá incluirse: sangre periférica, orina, contenido gástrico, bilis, hígado y riñón.

11.2 Si surge sospecha fundada, la toma de muestra seguirá las pautas en relación con el grupo involucrado:

- hipnóticos, sedantes, drogas psicoactivas, drogas cardíacas y analgésicos, pesticidas: como se indicó en el apartado 11.1;
- drogas de abuso: lo indicado en apartado 11.1 y adicionalmente líquido cefalorraquídeo, tejido cerebral, estigmas de inyecciones y pelo;
- sustancias volátiles solubles en grasa tales como solventes y aceleradores ígneos: lo indicado en el apartado 11.1, a los que se añade: sangre procedente del ventrículo izquierdo, tejido cerebral, grasa subcutánea, tejido pulmonar y ropa;
- intoxicación alimentaria: los indicados en el apartado 11.1, a los que se suma: contenido intestinal, si es posible de tres regiones diferentes;
- sospecha de intoxicación crónica (metales pesados, drogas, pesticidas, etc.): los indicados en el apartado 11.1, añadiendo: pelos (ramillete), huesos, grasa y contenido intestinal.

12. *Cuerpos en putrefacción.*

La presencia de descomposición no hace desaparecer la necesidad de una autopsia completa.

La radiología excluirá las lesiones óseas, la presencia de cuerpos extraños, por ejemplo proyectiles.

Deben practicarse análisis toxicológicos (por ejemplo, alcohol) pero sus resultados deben ser interpretados con cautela.

Nuestro agradecimiento a Doña Barbara Gilber (Point D`Information), a Don Charalambos Papadopoulos (Editions du Conseil de l`Europe) y a Don JA Tsimaratos (Directorate of Electronic Documentary) del Consejo de Europa.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

1. PERIÓDICAS

ARCHIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Volumen 38, número 3, diciembre 1998:

- Fotoprotección. [editorial]
Carapeto F.J.
 - La tiroidectomía total en el tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo.
Sánchez Beorlegui J, et al.
 - Perfil epidemiológico de la Urgencia Quirúrgica en el hospital "Miguel Servet" de Zaragoza.
Córdoba Díaz de Laspra E, et al.
 - Estudio morfológico morfométrico de la epidermis de la piel de fetos de ratas tratadas con alben-
dazol durante el embarazo.
Lunes D.H, et al.
 - Hernia de Spiegel. Presentación de 2 nuevos casos.
Gíl Romea I, et al.
 - A propósito de un caso de Síndrome Neuroléptico maligno producido por Antidepresivos IMAO
¿Sigue siendo adecuada su denominación? [carta]
Tejada Artigas A, et al.
-

CIENCIA POLICIAL

Número 45, noviembre - diciembre 1998:

- Posición y activ. de la Organización Internacional de Policía Criminal-Interpol frente al terrorismo.
Chamorro García ME.
- Carácter transnacional del terrorismo.
Morena Bustillo J de la.
- La cooperación internacional en la represión del terrorismo.
Fungairiño Bringas E.
- El sistema judicial francés en materia de lucha antiterrorista.
Brugiere JL.
- El fenómeno del terrorismo en Argelia.
Issouli M.
- El terrorismo en Internet.
Aysu O.

Número 46, enero-febrero 1999:

- La cooperación intergubernamental en los asuntos de interior de la unión Europea.
Gomá Torres JJ.
- Síntesis y actualidad de los aniversarios históricos.
Seoane Iglesias R..

Número 47, marzo-abril 1999:

- El coste económico del uso y abuso de las drogas ilegales.
Martín Barroso C.
-

CUADERNOS DE MEDICINA FORENSE

Número 14, octubre 1998:

- Afectación tumoral respiratoria inducida por exposición ocupacional al cadmio y su relación con el
tabaco.
Gómez Alcalde MS.
- La influencia de las condiciones medioambientales sobre el desarrollo de la fauna cadavérica.
Estudio de dos casos.
Agudo Ordóñez J, et al.

- ¿Electrocución sin quemaduras?
Ortega Pérez A.
- Síndrome de Agresión a la Mujer. Síndrome de Maltrato a la Mujer.
Lorente Acosta M, et al.
- Punción intracraneal mínimamente invasiva. Técnica y aplicaciones en Medicina Forense.
Aso J, et al.
- La laringe como órgano diana de anafilaxia en sujetos asmáticos. A propósito de un caso fatal.
Garfía A, et al.
- La valoración del perjuicio estético.
Alonso Santos J.
- Sentencias recaídas en demandas contra resoluciones de Invalidez Permanente: un indicador del control de calidad para la UVMI.
Rodríguez Reyes C, et al.
- Tratamiento del Síndrome Postrombótico y de la insuficiencia venosa profunda de las extremidades inferiores.
Bofill Soliguer J, et al.
- ¿Síndrome del Latigazo Cervical con secuelas o error diagnóstico inicial? Aportación de la radiografía simple . A propósito de un caso.
Lucena Romero J, et al.

Número 15, enero 1999:

- Una alerta en África.
García de Gálvez A.
- Estudio Médico-Forense de la muerte súbita del lactante en Barcelona (1991-94).
Lucena Romero J, et al.
- El baremo legal es poco adecuado para la valoración del daño corporal.
Ortega Pérez A.
- Infarto agudo de miocardio precoz, familiar y de causa coronaria. Estudio anatomopatológico de una muerte y revisión del patrón lipídico.
Garfía A, et al.
- Etiología de las roturas del manguito rotador.
Aguado Fernández JP, et al.
- Problemática en la valc. de los dolores raquídeos como riesgo genérico de Incapacidad Temporal
Lupión Cruz E.
- Peritaciones en materia laboral de la Clínica Médico Forense de Badajoz.
Casado Blanco M, et al.

Número 16-17, abril-junio 1999:

- Autopsia macroscópica en la compresión extrínseca del cuello.
Teijeira Álvarez R.
- Autopsia cervical posterior. Aplicaciones del abordaje cráneo-cervical post. en patología forense.
Aso Escario J, et al.
- Muerte súbita o retardada asociada a la patología del compartimento lateral del cuello: el papel fisiopatológico de los baroreceptores del seno carotídeo y de los receptores del glomus caroticum.
Garfía A.
- Síndrome de hiperflexión-hiperextensión de columna cervical.
Cuesta Baliña A de la, et al.
- Esquema terapéutico de las cervicalgias y cervicobraquialgias.
Pérez Castilla J.
- Síndrome del latigazo cervical. Disfunciones.
Cabrerizo Portero J.

MEDICINA FORENSE ARGENTINA (MFA)

Boletín nº 44, año 21, febrero de 1999:

- Psicopatología del Docente.

Liliana Pascuali.

- Violencia familiar: la mujer maltratada.

Marta Mogues.

- Regimen penitenciario: una propuesta para el cambio.

Ernesto Tomás Toledo.

- Óptica médico-legal de la responsabilidad civil del médico anestesiólogo (parte 2).

Rodolfo Alberto Nazario Valenti.

MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA

Volumen 15 - número 1 y 2, diciembre 1998:

- Legislación para el uso de animales de laboratorio en Costa Rica.

Granados Zúñiga J, et al.

- Identificación de restos humanos mediante análisis de ADN.

Bernal Morera-Brenes, et al.

- Marcadores biológicos en el alcohólico actual.

Cuevas Badenes J, et al.

- Análisis de la motivación del recurso humano. Comparación entre los servicios de Cirugía del Hospital Dr. Calderón Guardia y Patología Forense del Organismo de Investigación Judicial.

Allen Norman AM, et al.

- Espectro de aplicación de la Autopsia Psicológica.

García Pérez T.

- Las drogas diseñadas.

Eddie Alvarado Vargas.

- La autopsia psicológica en el homicidio.

García Pérez T.

- La autopsia psicológica en el suicidio.

García Pérez T.

- Estudio del suicidio en la Ciudad de la Habana a través de la autopsia psicológica.

García Pérez T.

- Relación del consumo de drogas en el hogar y los problemas de aprendizaje de los niños de aula recurso en las Escuelas públicas de Costa Rica.

Damaris Salazar Montero.

- Investigación Médico Legal en la escena de la muerte.

Grettchen Flores Sandi.

- Estudio sobre muertes súbitas en deportistas 1985-1995.

Mayela Valerio Hernández.

- Suicidio en niños.

Alma Reyes, et al.

- La Salud Pública como bien jurídico tutelado en el narcotráfico.

Eddie Alvarado Vargas.

- Privados de libertad y drogas: experiencias en un régimen de confianza.

Mario Alberto Sáenz Rojas, et al.

- ¿Puede el Perito Forense negarse a realizar su labor?

Bernan Luis Salazar Ureña, et al.

- Hemorragia subendocárdica en fallecidos debido a accidentes de tránsito.

Daisy Virgili Jiménez, et al.

- Cadena y custodia de la evidencia en Costa Rica.

Guillermo Hernández Ramírez.

REVISTA ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA

Volumen 21, número 4, octubre - diciembre 1998:

- Evaluación de la consistencia en la indización del repertorio documentación médica española.

Abad García MF, et al.

- El impacto de la producción científica de la Universidad de Alcalá de Henares.

Campanario JM, et al.

REVISTA ESPAÑOLA DEL DAÑO CORPORAL

Año IV, número 8, 1998:

- La ética en la valoración del daño corporal.
Carbó Salvador J.
 - La utilización de los tests isocinéticos en el estudio preventivo de las lesiones lumbares.
Idoate García VM.
 - Repercusión del proceso de frenado, con cinturón de seguridad de banda cruzada única, y sus posibles efectos sobre el plexo braquial.
Rodríguez Jouvencel M.
 - Reflexiones sobre un tema controvertido: patología secular del codo y su valoración en la Ley 30/95.
Parada AJ.
 - El estudio neurofisiológico como prueba pericial. El rigor en la prueba.
Herederero Laiglesia JL
 - Consideraciones sobre una norma cuestionada. Comentarios a la Sentencia del Tribunal Supremo 280/1997, de 26 de marzo, primera que pone en cuestión la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
Sánchez Vila I.
 - Reflexiones en torno a la obligatoriedad de la Ley 30/95.
Amarelo Fernández JA.
 - El desarrollo legislativo del apartado 2 del artículo 39 de la Constitución Española de 1978 (las pruebas de paternidad y su problemática).
Romero Coloma AM.
 - El valor del hombre y de la vida humana en la fase precientífica.
Villalaín Blanco JD.
-

REVISTA MÉDICA DEL URUGUAY

Volumen 15, número 1, 1999:

- La responsabilidad médica y el consentimiento informado.
Galán JC.
 - Evaluación a la edad escolar de los recién nacidos de muy bajo peso.
Viña M, et al.
 - Síncope en el adulto y anciano.
Vanerio G, et al.
 - Prevalencia de la litiasis biliar en la diabetes mellitus.
Antoniello L, et al.
 - Transplante de médula ósea. Evaluación desde mayo de 1995 a julio de 1998.
Nese M, et al.
 - Encefalitis herpética, a propósito de un caso clínico (importancia del diagnóstico y tratamiento precoz).
Salamano R, et al.
-

REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

Ano IV, numero 5, 1995:

- Claude Rousseau (1925-1995).
Oliveira Sá FA.
- Culpa médica: algumas ideias-força.
Álvaro Dias J.
- Simulación y exageración en la valoración del daño corporal.
Rodes Lloret F, et al.
- Epilepsia pós-traumática. Conceitos médico-legais.

Barbosa M, et al.

- Dor e dano osteoarticular.

Albuquerque M de, et al.

- Esplenectomía pós-traumática e peritagem médico-legal.

Antunes I, et al.

Ano V, numero 6, 1996:

- Avaliação e reparação do dano corporal em situações de agravamento.

Sousa Dinis JJ de.

- Danos corporais: agravamento e caso julgado.

Álvaro Dias J.

- Pronóstico del estadi vegetativo persistente.

Borobia Fernández C.

- Fundamentos y métodos de la valoración de Iso distintos daños.

Hinojal Fonseca R.

Uma metodologia pericial na avaliação médico-legal (reparação do dano em Direito Civil) da prótese total de anca não cimentada.

Albuquerque M de, et al.

Ano VI, numero 7, 1997:

- Nexo de causalidad en la valoración del daño corporal

Gisbert Calabuig JA.

- La valoración del daño corporal en niños y ancianos.

Hernández Cueto C.

- Acidentes de trabalho ou equiparados: quem paga a factura das instituições de saúde?

Álvaro Dias J.

- La simulación y disimulación en valoración del daño corporal.

Alvarez Saénz JJ.

- O estado anterior na avaliação do dano corporal de natureza cível.

Corte-Real F.

- Falando sobre Oliveira Sá.

Nuno Vieira D.

- O libreto da despedida ... em ... burlesco.

Oliveira Sá FM.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Volumen XXXV, número 1, 1998: Edición dedicada a la memoria del dr. Armando Roa.

- Apuntes del Dr. Armando Roa al estudio de la Epilepsia.

Ivanovic-Zuvic F.

- Armando Roa y su aporte al estudio clínico de la marihuana en la perspectiva actual.

González Rubio MI.

- Armando Roa, figura señera de la Psiquiatría humanista.

González Marchant A.

- Armando Roa y el concepto de personalidad psicopática.

Koppmann A.

- Las contribuciones de Armando Roa en el tema de la dependencia alcoholica.

Pallavicini J.

- La clínica de Armando Roa.

Peña y Lillo S.

- Armando Roa: pensamientos y aforismos de juventud (extraídos de sus diarios 1938 y 1939).

Roa Vial A.

- Los síntomas fundamentales de la Esquizofrenia en la obra de Armando Roa.

Silva Ibarra H.

- Anorexia nerviosa.

Tapia P.

- Una clase del Profesor Armando Roa acerca del método Clínico-Fenomenológico en Psiquiatría. Varela Guzmán M.

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

Volumen XXI, nº 1, gennaio - febbraio 1999:

- La nuova legge austriaca sulle tossicodipendenze: comparazione tra la norma italiana e quella austriaca.
Ugon A.D.
- La valutazione psichiatrico-forense in tema di impotenza psichica in ambito canonistico.
Barbieri C.
- Patologia iatrogena del seno mascellare da manovre odontoiatriche. Implicazioni medico-legali.
Betti D, et al.
- Aspetti medico-legali della situazione italiana sulle Medicine non convenzionali per il 3° millennio.
Introna F.
- Interdizione ed inabilitazione per infermità di mente: da istituti di protezione a "trappole giuridiche" per l'handicappato psichico.
Massidda G.
- Aggiornamento sui meccanismi patogenetici dell'angina pectoris: conseguenze sulla sua valutazione medico-legale.
Molisso C, et al.
- Le linee guida per la pratica clinica: valenze e problemi medico-legali.
Terrosi Vagnoli E.
- Problematiche diagnostiche nella morte improvvisa nell'infanzia.
Arcudi G, et al.
- Le evidenze isto-patologiche e tossicologiche nella intossicazione mortale da MDMA e MDEA.
Certini F, et al.
- la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro (ARVC) nell'attività settoria medico-legale.
Giorgetti R, et al.

Volumen XXI, nº 2, marzo-aprile 1999:

- Tre centenari e la Medicina Legale Assicurativa. [editorial]
Fiori A.
- Il rimedio del danno dentario mediante impianti osteointegrati: considerazioni in ordine alla durata degli inserti.
Betti D, et al.
- La valutazione relativa alla incapacità processuale dell'imputato per infermità di mente.
Lorè C, et al.
- Problematiche medico-legali in tema di rivalsa INAIL.
Introna F.
- Sindrome X: patogenesi, clinica e criteri di valutazione medico-legale.
Molisso C, et al.
- Clinica medica e processo penale: la spiegazione causale di singole malattie.
Stella F.
- L'analisi dei documenti nella pratica forense.
Brandone A, et al.
- Il rifiuto della terapia trasfusionale in pazienti testimoni di Geova: considerazioni medico-legali su un caso peritale.
Cipollini L, et al.
- Il suicidio nella città di roma nel 1997.
Liviero V, et al.
- Minisequenziamento di DNA mitocondriale di resti scheletrici: un caso.
Mannucci A, et al.

ZACCHIA. Archivio di Medicina Legale, Sociale e Criminologica

Anno 71 (vol. XVI della Serie 4^a), ottobre-diciembre 1998, fascicolo 4:

- Il consenso in radiologia interventistica.
Merli S, et al.
- Diritti del cittadino e doveri del medico: l'articolo 34 nel nuovo codice di deontologia medica.
Zaami S, et al.
- Aspetti medico-legali e responsabilità professionale in psichiatria.
Marasco M, et al.
- La morte improvvisa cardiaca. Una proposta di protocollo istologico.
Ferrari De Stefano V.L, et al.

Anno 72 (vol. XVII della Serie 4^a), gennaio-giugno 1999, fascicolo 1-2:

- Il nuovo codice di deontologia medica. Commento alle modifiche degli articoli relativi alla medicina dello sport.
Rinaldi R.
- TSO (trattamento sanitario obbligatorio) per malattia di mente in ambito carcerario.
Catanesi R, et al.
- Aggressivi chimici, armi chimiche e gas di guerra. Aspetti fisici, chimici, reazioni, metodi di determinazione, tossicità.
Gagliano Candela R, et al.
- Mechanism of fatal suffocation by rubber balloons in children.
Abder-Rahman H.
- Morte improvvisa da anomala origine dell'arteria coronaria sinistra (dal seno di Valsalva destro). Segnalazione di un caso.
Fassina G, et al.
- Il mezzo lesivo nel reato di omicidio. Casistica dell'Istituto medico-legale dell'Università di Roma "La Sapienza" negli anni 1985-1997.
Mortati L.

2. LIBROS

MANUAL JURÍDICO: PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE (Actualización 4ª y 5ª)

Kai-Hakon Carlsen. Voksentoppen Centre of Astma, Allergy and
Autores: Chroning Lung Diseases in Children, Oslo (Noruega)
Juan José Carrasco Thomas B. Ibsen. Novartis, Copenague (Dinamarca)
Gómez. Médico Forense. Especialista en Psiquiatría.
José Manuel Maza Martín. Magistrado

Editorial: La Ley-Actualidad, SA. 1996.
Collado Mediano, 9.
28230 - LAS ROZAS (Madrid)

URL: <http://www.laley-actualidad.es>

Correo electrónico: mk@laley-actualidad.es

Manual por su fácil manejo, tratado por su extenso contenido. El acierto de las periódicas actualizaciones permite tener toda la obra al día. Así, la actualización 4 (cerrada en noviembre de 1998 y distribuída en febrero de 1999) pone al día el tema de la Evaluación en Psiquiatría Forense. Aportaciones y jurisprudencia actualizada en relación a anomalías, alteraciones, cuadros clínicos de intoxicación y abstinencia a tenor del Código Penal de 1995. Nuevas aportaciones sobre medidas de seguridad, lesiones psíquicas, incapacidad en derecho penal, y con relación a diversos trastornos clínicos por consumo de sustancias, relacionados con el alcohol, anfetaminas, cannabis, así como con trastornos por ansiedad, esquizofrenia, facticios, sexuales, de la personalidad y del sueño. Se actualizan el índice analítico y el anexo de bibliografía. En la 5ª actualización (cerrada en mayo de 1999 y distribuída en julio de 1999), entre otros, se revisan y actualizan los temas relacionados con las enfermedades médicas en especial los traumatismos craneoencefálicos. Aportaciones nuevas a diversos temas y actualización del anexo del Código Penal con las últimas reformas, sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual e incluida asimismo la del día 10 de Junio sobre violencia psíquica. Y los cambios sobre la alcoholemia en la Ley de Seguridad Vial.

EXERCISE-INDUCED ASTHMA AND SPORTS IN ASTHMA

Coordinadores/Autores/Editors:

Editorial

Munksgaard International Publisher. 1999.
35 Norre Sogade, P.O. Box 2148, DK-1016 Copenague K, DINAMARCA

URL <http://www.munksgaard.dk>

Correo electrónico: headoffice@mail.munksgaard.dk

Con 114 páginas, en inglés. En diecinueve capítulos recoge las conferencias impartidas durante el simposium internacional celebrado del 6 al 7 de febrero de 1997 en Oslo, las cuales versaron sobre: asma inducido en niños por el ejercicio y deportes-asma.

3. PÁGINAS WEB

<http://www.arrakis.es/~anmf>

Asociación Nacional de Médicos Forenses. Versión electrónica de la Revista Española de Medicina Legal. Reproduce los títulos y los resúmenes en varios idiomas. Lista con los artículos publicados desde su aparición en 1974.

<http://www.arrakis.es/~jacoello>

Dr. José Antonio Coello Carrero. Médico Forense, Director del Instituto Anatómico Forense de La Coruña.

<http://www.teleline.es/personal/jcgalan>

Dr. Julio César Galán Cortés. Doctor en Medicina, Abogado.

<http://members.es.tripod.de/fevepa>

Dr. Fernando A. Verdú Pascual. Profesor Titular de Medicina Legal. Universidad de Valencia.

<http://www.terravista.pt/Bilene/2553/>

Dra. María Cristina De Mendonça. Médico Legista de Portugal. Tablas para la determinación de la talla a través de la longitud de los huesos largos.

<http://penguindoc.org>

Dr. Juan Santana, Médico Legista. Punta Arenas, Patagonia SudAmericana. CHILE.

<http://www.cica.es/aliens/aamefo>

Asociación Andaluza de Médicos Forenses. Cuadernos de Medicina Forense.

<http://personal.redestb.es/aarmf>

Asociación Aragonesa de Médicos Forenses.

<http://www.ctv.es/USERS/avdcv>

Asociación del Daño Corporal de la Comunidad Valenciana.

<http://www.openline.com.br/~gvfranca>

Dr. GV de França. Profesor Catedrático de Medicina Legal y Deontología Médica. Universidad Federal de Paraíba. BRASIL.

<http://www.e-net.com.br/user/jamerico/>

Sociedade Brasileira de Medicina Legal. BRASIL.

<http://200.26.70.67/amfra.html>

Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina.

<http://www.chasque.apc.org/smu/literatura/rmu/publicac.htm>

Revista Médica del Uruguay.

<http://www.actualderechosanitario.com>

. Revista Actualidad del Derecho Sanitario.

<http://www.bioetica.org>

Revista Cuadernos de Bioética.

<http://200.26.70.67/publicaciones/rm/rm.html>

Revista Responsabilidad Médica.

<http://www.drwebsa.com.ar/aap/forense>

Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis.

<http://www.msc.es/revistas/resp/home.htm>
Revista Española de Salud Pública.

<http://forensic.to/forensic.html>
Zeno's Forensic Page.

<http://www.ircecali.com>
Instituto de Responsabilidad Civil y del Estado. Ciudad de Cali (Colombia).

><http://www.conicyt.cl/sistema/instituciones/LEYMEDI.HTML>
Sociedad Chilena de Medicina Legal, Forense y Criminalística. CHILE

><http://www.medicinalegal.com.ar>
MEDICINA LEGAL. Dr Mario Sanchez. Médico Legista. ARGENTINA.

><http://www.la-plaza.com/vdc>
VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL.

<http://www.mju.es/toxicologia>
Instituto de Toxicología. Ministerio de Justicia.

EVENTOS:

XIV JOURNEES INTERNATIONALES MEDITERRANEENNES DE MEDICINE LEGALE

31 de mayo al 4 de junio del 2000. Funchal (Madeira). PORTUGAL.

Instituto de Medicina Legal de Coimbra
conjuntamente con otras Instituciones y Asociaciones de Medicina Legal Portuguesas

Información: imlc@ci.uc.pt

**I SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE DERECHO MÉDICO
IV JORNADAS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA
I TALLER DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA**

29 de septiembre al 1 de octubre del 2000. Uruguay. MONTEVIDEO.

Comisión de Legislación Sanitaria y Derecho Médico del Sindicato Médico del Uruguay.

Bulevar Artigas 1515.
11200 - Montevideo (Uruguay)

Teléfono: (598-2) 401 47 01
Fax: (598-2) 402 32 34

Correo electrónico: smuadmin@mednet.org.uy
URL <http://www.smu.org.uy/dm>

**CONGRESO INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS FORENSES
Forense'2000**

9 al 14 de octubre del año 2000, Varadero (Matanzas). REPÚBLICA DE CUBA.

Instituto de Medicina Legal
Ave. Independencia y Hernán Cortés s/n
Plaza. Ciudad de La Habana Cuba. CP 10600

Teléfonos: (537) 81-9413 y 81-9631
Fax: (537) 33 5085

Prof. Dr. Jorge González Pérez (Director): medlegal@infomed.sld.cu
Lic. Sergio Rodríguez Vega (Organizador): gerencia@cubasol.var.cyt.cu

DIRECTORIO DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES

ARGENTINA:

Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina.
Ayacucho 3421.
2000 Rosario (ARGENTINA). Correo electrónico: amfra@connmed.com.ar

Academia de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la República Argentina.
Ayacucho, 2361, 2º p.
1650 - San Martín (Provincia de Buenos Aires) ARGENTINA

BRASIL:

Sociedade Brasileira de Medicina Legal.
Instituto Medico Legal Nina Rodrigues.
Av. Centenário, s/n - Curva Grande
Salvador - BA - 40150-150 (BRASIL) Correo electrónico: jamerico@e-net.com.br

COSTA RICA

Asociación Costarricense de Medicina Forense.
Apdo 187, 3007 San Joaquín de Flores.
Heredia (COSTA RICA) Correo electrónico: cabarca@sol.racsa.co.cr

CUBA

Sociedad Cubana de Medicina Legal.
Avd. Independencia y Hernán Cortés s/n.
Plaza de la Revolución.
Ciudad de la Habana. CP 10600 (CUBA) Correo electrónico: medleg@infomed.sld.cu

CHILE

Sociedad Chilena de Medicina Legal, Forense y Criminalística.
Av. Providencia 365 oficina 22.
Santiago (CHILE)

ESPAÑA

Asociación Andaluza de Médicos Forenses.
Ap. Correos 4001.
41004 Sevilla (ESPAÑA) Correo electrónico: aamefo@cica.es

Asociación Aragonesa de Médicos Forenses
Plaza del Pilar, 2.
50003 Zaragoza (ESPAÑA) Correo electrónico: aarmf@mx3.redestb.es

Asociación de Médicos Forenses de la Comunidad Valenciana
Colegio de Médicos.
Avda. de la Plata, 20.
46013 - Valencia (ESPAÑA)

Correo electrónico: amefcova@comv.es

Asociación Catalana de Médicos Forenses
Ronda de Sant Pere 35, baixos
08035 Barcelona (ESPAÑA)

Asociación Gallega de Médicos Forenses.
Juzgado de Instrucción de Ordes.
15680 - Ordes (A CORUÑA) ESPAÑA

Correo electrónico: benitiml@usc.es

Asociación Nacional de Médicos Forenses.
Goya 99, Esc D, 1º Dcha.
28009 Madrid (ESPAÑA)

Correo electrónico: anmf@arrakis.es

Sociedad Española de Medicina Legal y Forense
Escuela de Medicina Legal. Facultad de Medicina.
Ciudad Universitaria s/n
28040 - Madrid (España)

Correo electrónico: mramos@eucmos.sim.ucm.es

INTERNACIONALES

Asociación de Organismos de Medicina Legal de América Latina y el Caribe.
Instituto de Medicina Legal del Perú.
Lima (PERÚ) Correo electrónico: mcontreras@djljm.mpfm.gob.pe

Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología Médica e Iberoamericana
de Ciencias Forenses.
Casilla de Correo, 45.
1416 - Buenos Aires (Argentina)

Asociación Sudamericana de Ciencias Forenses.
Ayacucho 3421.
2000 - Rosario (ARGENTINA)

ITALIA

Societa Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.
Istituto di Medicina Legale.
via Fallopio, 50.
35121 - Padova (ITALIA)

MÉJICO:

Sociedad Mexicana de Química Legal y Forense A.C.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
Campus I. Laboratorio de Farmacología L 202.
J.C. Bonilla N° 66 esquina Ignacio Zaragoza.
Col. Unidad Habitacional Ejército de Oriente.
México, D. F. 09230 (MÉJICO)

URUGUAY

Sociedad Uruguaya de Ciencias Forenses.
Br. Artigas 1515.
C.P. 11200 Montevideo (URUGUAY)

Correo electrónico: cmaggi@hotmail.com

1999

VIGÉSIMOQUINTO ANIVERSARIO

Revista Española de Medicina Legal

RELACIÓN DE DIRECTIVAS DE LA REVISTA DESDE SU FUNDACIÓN

Números: 1 (1974), 2, 3 y 4 (1975).

Primer número extraordinario (1975), Segundo número extraordinario (1976).

Director: Vicente Moya Pueyo

Subdirector: Manuel Sancho Lobo.

Redactores jefes: Jose Antonio García-Andrade, Raimundo Durán Linares.

Secretario: Eduardo Méndez Morillo.

Números: 5 (1975), 6-7 y 8-9 (1976), 10-11 y 12-13 (1977), 14-15 y 16-17 (1978), 18-19 y 20-21 (1979), 22-23 y 24-25 (1980).

Director: Vicente Moya Pueyo.

Subdirectores: Juan Camps Piera, Manuel Sancho Lobo.

Redactores jefes: Jose Antonio García-Andrade, Raimundo Durán Linares.

Secretario: Eduardo Méndez Morillo.

Números: 26-27 y 28-29 (1981), 30-31 y 32-33 (1982), 34-35 y 36-37 (1983).

Director: Vicente Moya Pueyo.

Subdirectores: Juan Camps Piera, Luis María Muñoz Tuero.

Redactores jefes: Jose Antonio García-Andrade, Raimundo Durán Linares.

Secretario: Sandalio García Martín.

Número: 38-39 (1984).

Director: Jose Antonio García-Andrade.

Subdirectores: Gabriel Font Riera, Luis María Muñoz Tuero.

Redactores jefes: Raimundo Durán Linares, Carlos Pérez Agua Clamagirand,

Secretario: Sandalio García Martín.

Números: 40-41 (1984), 42-43 y 44-45 (1985).

Director: Jose Antonio García-Andrade.

Subdirectores: Gabriel Font Riera, Luis María Muñoz Tuero.

Redactores jefes: Raimundo Durán Linares, Carlos Pérez Agua Clamagirand.

Secretario: Sandalio García Martín.

Adjuntos a la redacción: José María Abenza Rojo, Leonor Ladrón de Guevara y Guerrero

Números: 46-47 y 48-49 (1986), 50-51 y 52-53 (1987).

Director: José Antonio García-Andrade.

Secretaría de redacción: César Borobia Fernández, Miguel Ángel Castillo Hernández, Gabriel Font Riera, Sandalio García Martín, Manuel García Nart, Luis María Muñoz Tuero.

Números: 54-55-56-57 (1988), 58-59 y 60-61 (1989), 62-63-64-65 (1990), 66-67-68-69 (1991).

Director: José Antonio García-Andrade.

Secretaría de redacción: Gregorio Arroyo Urieta, César Borobia Fernández, Miguel Ángel Castillo Hernández, Raimundo Durán Linares, Gabriel Font Riera, Sandalio García Martín, Manuel García Nart, Luis María Muñoz Tuero.

Números: 70-71 y 72-73 (1992).

Director: Manuel García Nart.

Secretaría de redacción: Gregorio Arroyo Urieta, José Luis Brell González, Enrique Fernández Rodríguez, Alejandro Font de Mora Turón, Rafael Fores Gutierrez, María José Meilan Ramos, Amadeo Pujol Robinat.

Números: 74-75 y 76-77 (1996), 78-79 y 80-81 (1997), 82, 83 y 84-85 (1998), 86-87 (1999), ...

Directora:
Carmen Baladía Olmedo.

Comité de redacción:
Raquel Barrero Alba, Guillermo Calle Cebrecos, José Antonio Coello Carrero, Emilio Donat Laporta, Enrique Fernández Rodríguez, Rosa María Martín Hernández, Leopoldo Ortega-Monasterio y Gastón, Francisco Javier Pera Bajo, José Roselló Baldó, Manuel Ruiz Cervigón, María Luisa Tomás Buisán.

Corresponsales extranjeros:
Maria Cristina de Mendonça (Portugal), Hugo Rodríguez Almada (Uruguay).

