



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

**ACTUACIONES MÉDICO-LEGALES EN EL PARTIDO
JUDICIAL DE CIUDAD RODRIGO EN UN PERIODO DE
QUINCE AÑOS (1989-2003)**

Esther García Sánchez

Salamanca, 2016



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

**ACTUACIONES MÉDICO-LEGALES EN EL PARTIDO
JUDICIAL DE CIUDAD RODRIGO EN UN PERIODO DE
QUINCE AÑOS (1989-2003)**

Esther García Sánchez

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Carmen Muñoz Fernández

Dr. Juan Salvat Puig

Salamanca, 2016



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CARMEN MUÑIZ FERNÁNDEZ, Profesora Titular del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y JUAN SALVAT PUIG, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca,

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo de investigación titulado “Actuaciones médico-legales en el Partido Judicial de Ciudad Rodrigo en un periodo de quince años (1989-2003)”, ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Esther García Sánchez, Licenciada en Medicina y Cirugía.

Que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente, y optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca, tres de diciembre de dos mil quince.

Fdo.: Carmen Muñiz Fernández

Fdo.: Juan Salvat Puig

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo y debo expresar toda mi gratitud a mi colega y director de tesis D. Juan Salvat Puig, sin cuya ayuda no hubiese sido posible alcanzar mi meta profesional así como la elaboración del presente trabajo de tesis.

Del mismo modo, agradecer a Dña. Carmen Muñiz Fernández su apoyo y ánimo constante, principalmente en aquellas mediodías de facultad silenciosa.

Sin embargo, y con el permiso de mis directores, quiero destacar y dar las gracias a D. Secundino Vicente González por su indispensable labor, seguimiento y dedicación a este estudio, a quien tengo en alta estima no sólo como compañero y profesional, sino también como persona.

Igualmente, reconocer la ayuda y los consejos prestados desinteresadamente por muchas personas y departamentos, que me han resuelto y aclarado dudas, facilitándome considerablemente la realización de esta tesis.

En último lugar, y no por ello menos importante, a mi familia por su apoyo siempre, presión en algunas ocasiones, y deseos de ver el final de esta aventura. Quisiera hacer una mención especial a mi madre por su compañía durante la hora del almuerzo y ser mi fiel y sincera crítica. A mi marido e hijos, que han tenido que sufrir mis idas y venidas, e incluso prestarme muchos momentos de la vida familiar para concedérselos al ordenador. Así mismo, a las visitas de los que ya no están pero que no olvido y llevo conmigo en el camino de mi vida (María, Emilio, Pedro, Pepe, y María José).

*A Dani, David, Alejandro y Pablo,
las estrellas que me iluminan en la oscuridad*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ASPECTOS GENERALES	3
1.1.1. Medicina Legal y necesidad de peritos.....	3
1.1.2. El método científico en Medicina Legal	4
1.1.3. Características que debe poseer el perito médico	4
1.1.4. El Cuerpo de Médicos Forenses y su evolución histórica	6
1.2. EL DAÑO CORPORAL	17
1.2.1. Conceptos	17
1.2.2. Accidentes de circulación	52
1.2.3. Accidentes laborales	74
1.2.4. Agresiones	91
1.2.5. Accidentes casuales	101
1.3. MUERTES JUDICIALES	102
1.3.1....Concepto	102
1.3.2....Levantamiento de cadáver	103
1.3.3....Autopsia médico-legal.....	105
1.3.4....Exámenes complementarios.....	107
1.4. INCAPACIDAD JUDICIAL	109
1.4.1 Concepto de personalidad y capacidad de obrar	109
1.4.2 Regulación legal de la incapacidad.....	112
1.4.3 Causas de incapacitación	114
1.4.4 La incapacitación en las deficiencias y las enfermedades mentales.....	115
1.4.5. Medidas legales para la protección de los incapaces....	123
2. JUSTIFICACIÓN	125
3. OBJETIVOS	129

4. MATERIAL Y MÉTODOS	133
4.1. FUENTE Y RECOGIDA DE DATOS	135
4.2. MUESTRAS Y VARIABLES ESTUDIADAS	137
4.2.1. Lesiones	137
4.2.2. Muertes judiciales	140
4.2.3. Incapacidades.....	141
4.3. DESCRIPCIÓN DE LA COMARCA ESTUDIADA	142
4.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	145
5. RESULTADOS	151
5.1. LESIONES	153
5.1.1. Edad	153
5.1.2. Sexo	155
5.1.3. Año de los hechos y del informe médico-legal.....	156
5.1.4. Mes de los hechos	160
5.1.5. Día de la semana	161
5.1.6. Lugar de procedencia del lesionado	163
5.1.7. Profesión del lesionado	166
5.1.8. Causa de la lesión	168
5.1.9. Tipo de lesión	171
5.1.10. Localización de las lesiones.....	174
5.1.11. Número de partes realizados.....	175
5.1.12. Días de curación	176
5.1.13. Días improductivos	178
5.1.14. Tratamiento médico	180
5.1.15. Secuelas	181
5.1.16. Análisis de segmentación	182
5.2. MUERTES JUDICIALES	204
5.2.1. Edad	204
5.2.2. Sexo	208
5.2.3. Provincia o país de procedencia	209
5.2.4. Año de fallecimiento.....	211

5.2.5.	Mes de fallecimiento.....	212
5.2.6.	Día de fallecimiento.....	213
5.2.7.	Lugar del hecho	215
5.2.8.	Etiología médico-legal.....	217
5.2.9.	Causa de la muerte.....	220
5.2.10.	Examen complementario	223
5.2.11.	Análisis de segmentación	225
5.3.	INCAPACIDADES.....	230
5.3.1.	Edad	230
5.3.2.	Sexo	232
5.3.3.	Provincia o país de procedencia	233
5.3.4.	Año en el que se procede a la exploración	235
5.3.5.	Causa de incapacitación.....	237
5.3.6.	Conclusión médico-legal	239
5.3.7.	Relación entre la causa de incapacitación y la edad del explorado	240
5.3.8.	Relación entre la causa de incapacitación y el sexo de la persona explorada	242
5.3.9.	Relación entre la causa de incapacitación y la conclusión médico-legal	244
6.	DISCUSIÓN	247
7.	CONCLUSIONES	271
8.	BIBLIOGRAFÍA	279

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASPECTOS GENERALES

1.1.1. La medicina legal y la necesidad de peritos

La Medicina Legal debe ser considerada como aquella disciplina de la Ciencia Médica que se ocupa de la resolución de los problemas que plantea el Derecho en su vertiente aplicativa y práctica y que, además, contribuye al perfeccionamiento de las normas jurídicas y colabora con la sociedad y con los particulares en la resolución de sus litigios y controversias cuando éstas tienen un sustrato biológico.

La sociedad de nuestros días plantea a los jueces los problemas más diversos sobre los cuales habrán de pronunciarse en una sentencia justa. Es imposible, dada la limitación del conocimiento humano, que los jueces puedan conocer, por sí mismos, de todas las cuestiones que se les plantean. Sin embargo, la búsqueda de la verdad, empleando todos los medios lícitos que el progreso de la ciencia proporciona, es el fundamento y la base de la justicia a partir de la revolución francesa. A partir de este momento, los jueces buscan la colaboración de todos aquellos que los pueden asesorar, de acuerdo con su especialización, en el asunto que se trata de esclarecer. Nacen, así, los peritos o expertos. De todos estos peritos o expertos, los médicos han sido, en todos los tiempos, muy solicitados por los tribunales judiciales, pues Ambroise Paré ya afirmaba, en el siglo XVI, que “los jueces deciden según se les informa”¹.

¹ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*, págs. 3-4.

1.1.2. El método científico en medicina legal

Método, dice el Diccionario de la Lengua Española², es el modo de decir o hacer con orden una cosa, o, como restringe la filosofía moderna, es el procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla. Es decir, es el conjunto de principios y operaciones ordenadas con las que se pretende obtener un resultado o un hallazgo.

El método científico aplicado a la Medicina Legal, se traduce en el orden que hay que seguir en la resolución de los problemas que plantea la práctica médico-legal, en sus dos fases: la investigación de la verdad científica y su exposición en un documento o informe.

La Medicina Legal, en cuanto ciencia aplicativa, tiene su más genuina manifestación en la peritación, cualquiera que sea la jurisdicción en que se realice: penal, civil o laboral.

La actuación pericial para que cumpla su finalidad, es decir, ser un instrumento útil a la justicia, no puede realizarse de cualquier forma, debe someterse a unas normas e inspirarse en unos principios³.

1.1.3. Características que debe poseer el perito médico

El método médico-legal es propio de la Medicina Legal y tiene carácter específico. Su ignorancia, la falta de orientación metódica, da lugar

² Lema.rae.es. Madrid: Real Academia Española, 2015 (actualizada a 3 de octubre de 2015). disponible en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.

³ MUÑIZ FERNANDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 39.

a que médicos eminentes y competentes especialistas sean, en la práctica judicial, unos peritos mediocres.

El buen perito resulta de la concurrencia de un conjunto de cualidades. En primer lugar, unas condiciones naturales, cuya posesión le hace apto para la función pericial, siendo las más importantes la objetividad para la interpretación de las pruebas, reflexión y sentido común que permite reducir cualquier problema, aun el más complicado, a sus términos más simples, juicio que faculta jerarquizar los hechos, subordinando lo secundario a lo principal y correlacionarlos entre sí, prudencia en la elaboración de los dictámenes y, sobre todo, en la formulación de las conclusiones (la mayor cualidad que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora), imparcialidad derivada de su formación científica que debe traducirse en el contenido de sus informes (el médico legista no es, en ningún caso, perito de las partes, sino de la verdad, por ello debe evitar que en la redacción de sus informes pueda aparecer como portavoz de la acusación o de la defensa), y veracidad que debe prevalecer con independencia de las consecuencias jurídicas y sociales que se deriven de ella (por lo cual, si los informes se basan en investigaciones de laboratorio, el perito debe hacer constar el margen de error que conlleva el método utilizado, aunque pueda representar una duda que beneficie al presunto culpable). Además, el perito médico debe de tener una formación médica, teórica y práctica, así como de las demás ciencias biológicas, cuyo conjunto constituye el vasto dominio de la Medicina Legal. Igualmente,

debe poseer conocimientos jurídicos, que le permitan captar con exactitud el sentido de las misiones encomendadas y el alcance de las conclusiones que aporte en sus informes. Éstos serán utilizados por profesionales del mundo judicial extraños a la Medicina (jueces, magistrados, abogados, etc.). Es decir, los peritos deben «repensar con sentido jurídico» los hechos biológicos conocidos en las exploraciones practicadas.

Las taras psíquicas incompatibles con la misión pericial médica, en contrapartida a todo lo anterior, son el orgullo que ciega, la ignorancia que hace no dudar de nada y la deshonestidad que envilece y degrada⁴.

1.1.4. El Cuerpo de Médicos Forenses y su evolución histórica

Los Médicos Forenses son Licenciados o Doctores en Medicina que desempeñan funciones de asistencia técnica a Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil en materias de su disciplina profesional. Son funcionarios de carrera y constituyen un Cuerpo Nacional.

Así pues, son médicos con conocimientos específicos al servicio de la Administración de Justicia y están adscritos orgánicamente al Ministerio de Justicia. Dependen de este Ministerio o de las Comunidades Autónomas que hayan recibido los traspasos de medios personales para el funcionamiento de la Administración de Justicia. La Ley Orgánica del Poder Judicial de 1985⁵ creó los Institutos de Medicina Legal y,

⁴ SIMONIN C. *Medicina Legal Judicial*, págs. 34-35.

⁵ Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. *BOE*, 2 de julio de 1985, núm.157, págs. 20672-20673.

posteriormente, en 1996, se aprobó el Reglamento⁶ que los regula y que ha permitido la creación y puesta en funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal.

Durante la mayor parte de su historia han trabajado individualmente o formando pareja para cumplir con el precepto de que todo reconocimiento pericial se hará por dos peritos en el procedimiento ordinario⁷, a tenor de lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Su origen se halla en la Ley de Sanidad de 20 de noviembre de 1855, que en su capítulo XVI trata “De los Facultativos Forenses”. En su artículo 93 dice: “Ínterin se realiza la formación de la clase o cuerpo de los Facultativos Forenses, ejercerán las funciones de tales en los juzgados los profesores titulares residentes en las cabezas de partidos; 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”⁸.

Este capítulo de la Ley de Sanidad estuvo precedido de un proyecto que había sido presentado, en el año 1854, por el profesor D. Pedro Mata y

⁶ Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. *BOE*, de 9 de marzo de 1996, núm. 60, págs. 9633-9636.

⁷ SALVAT PUIG J, MARTÍN MARTÍN J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNANDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *El médico forense y los Institutos de Medicina Legal*. Por Derecho, 2006;56:21-28.

⁸ Ley de Sanidad de 20 de noviembre de 1855. *Gaceta de Madrid*, 7 de diciembre de 1855, núm. 1068, pág. 2.

Fontanet, en la Academia de Medicina de Castilla. El profesor Mata era natural de Reus, provincia de Tarragona, pero desarrolló toda su actividad académica y política en Madrid, ocupando, en 1843, la Cátedra de Medicina Legal de Madrid, que fue la primera Cátedra de Medicina Legal creada en España. Autor, entre otras publicaciones, de un tratado de Medicina Legal en cinco tomos, el conocido “Tratado Teórico-Práctico de Medicina Legal y Toxicología”, del cual se llegaron a imprimir seis ediciones, con numerosas reimpresiones, la última en 1922⁹.

Con anterioridad a la aprobación de la Ley de Sanidad, que es del mes de noviembre, una Real Orden de 10 de mayo de 1855 confía la realización de los análisis pedidos por los jueces de primera instancia y tribunales ordinarios, a los catedráticos de Toxicología y Medicina Legal¹⁰ y otra Real Orden de 28 de agosto de 1855, publicada en la Gaceta de 14 de septiembre, nombra a una serie de médicos para desempeñar funciones médico legales en los Juzgados de primera instancia de Madrid “con la calidad de por ahora y sin perjuicio de lo que por una disposición general se acuerde para todos los partidos del reino”¹¹.

El nombramiento de los anteriores Médicos Forenses continúa con otros nombramientos y en el año 1857 ya se conoce una estadística de la actividad forense realizada en Madrid, donde se habían practicado más de

⁹ CORBELLA J. *Antecedentes históricos de la Medicina Legal en España*, págs. 275-283.

¹⁰ Real Orden de 10 de mayo de 1855. *Gaceta de Madrid*, 20 de mayo de 1855, núm. 869, pág. 2.

¹¹ Real Orden de 28 de agosto de 1855. *Gaceta de Madrid*, 14 de septiembre de 1855, núm. 986, pág. 1.

ciento treinta autopsias. Entre tanto, se ha ido creando un ambiente favorable para la medicina legal, ya que el profesor Mata no cesa en su insistencia, y se llega a la promulgación del Real Decreto de 13 de mayo de 1862¹², que crea el Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid, apareciendo de forma definitiva, oficial y en su totalidad, la figura del Médico Forense. Este Decreto consta de 34 artículos y en el artículo segundo se dice: “Con el nombre de Médico Forense habrá en cada Juzgado de primera instancia un facultativo encargado de auxiliar a la Administración de Justicia en todos los casos y actuaciones en que sean necesarios o convenientes la intervención y servicios de su profesión, tanto en la capital de partido como en cualquier pueblo o punto de la demarcación judicial”.

Por ello, podemos afirmar que la Medicina Forense fue la primera especialidad médica diferenciada en España. En aquel momento, nuestra nación se convirtió en un país adelantado en esta materia, en la que existía una considerable tradición jurídica (Código de las Siete Partidas, siglo XIII), teórica (obra de Fragoso, siglo XVI) y docente (texto de Domingo Vidal, siglo XVIII). En aquel momento no se definió ningún criterio de especialización ni se utilizaba este concepto. La práctica de una labor continuada en los juzgados debía ser suficiente para diferenciar y acrecentar el saber del médico forense.

Los primeros nombramientos fueron, durante mucho tiempo, por designación directa o por concurso de méritos. Posteriormente se previó

¹² Real Decreto de 13 de mayo de 1862. *Gaceta de Madrid*, 17 de mayo de 1862, núm. 137, pág. 1.

que las plazas debían cubrirse mediante oposición, siguiendo el modelo de ingreso en otros campos de la función pública. El sistema se inicia en Madrid, y sólo en parte, en 1881. Las primeras oposiciones, en que este sistema de ingreso se extiende a toda España, tienen lugar en 1915¹³.

El sistema de ingreso por oposición es un criterio que permite escoger a quien demuestra una mejor formación teórica. Aunque es cierto que en el programa se contempla la realización de ejercicios prácticos, éstos se verifican al final de la oposición y en ese momento el número de aprobados suele ser inferior al número de plazas ofertadas y, en consecuencia, tienen escasa relevancia en el global de la oposición. Este sistema posee indudables virtudes, lo que ha permitido que se mantenga durante muchos años con un considerable grado de eficacia.

En 1882 se aprobó la Ley de Enjuiciamiento Criminal¹⁴ y consolidó definitivamente, hasta nuestros días, la figura del médico forense. Decía, en su artículo 344 que “con el nombre de Médico Forense habrá en cada Juzgado de Instrucción, un Facultativo encargado de auxiliar a la Administración de Justicia en todos los casos y actuaciones en que sea necesaria o conveniente la intervención y servicios de su profesión en cualquier punto de la demarcación judicial”.

¹³ Real Orden de 9 de abril de 1915. *Gaceta de Madrid*, 23 de abril de 1915, núm. 113, pág. 229.

¹⁴ Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. *BOE*, de 17 de septiembre de 1882, núm. 260, págs. 803-806.

En 1914, se creó por una Real Orden de 31 de diciembre¹⁵, el Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Central de España y en 1929, por un Real Decreto de 3 de enero¹⁶, pasó a denominarse Escuela de Medicina Legal. Ésta, además de ser una institución consultiva de la Administración de Justicia, tenía como finalidad la enseñanza de la Medicina Legal y la organización de cursos de postgrado¹⁷.

Un Real Decreto de 1915¹⁸, establece, en su artículo primero, que los Médicos Forenses constituirán un cuerpo organizado con la denominación de Médicos Forenses y de las Prisiones preventivas. También establece las categorías de término, ascenso y entrada. El ingreso sigue siendo por oposición pero establece diferencias para los Médicos Forenses de Madrid y Barcelona a la que sólo podrán presentarse los que ya ostentan la condición de médico forense. En su exposición de motivos hace referencia a la indiscutible importancia que para las actuaciones judiciales tiene la función médico forense.

Por Real Orden de ese mismo año¹⁹ se establece que las oposiciones para cubrir plazas de entrada se celebren en las Audiencias Territoriales de

¹⁵ Real Orden de 31 de diciembre de 1914. *Gaceta de Madrid*, de 4 de enero de 1915, núm. 4, pág. 30.

¹⁶ Real Decreto-Ley núm. 64 de 3 de enero de 1929. *Gaceta de Madrid*, de 19 de enero de 1929, núm.19, pág. 611.

¹⁷ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*, pág. 20.

¹⁸ Real Decreto de 12 de abril de 1915 disponiendo que los Médicos Forenses constituyan un Cuerpo organizado con la denominación de Médicos forenses y de las Prisiones preventivas. *Gaceta de Madrid*, 13 de abril de 1915, núm. 103, págs. 104-105.

¹⁹ Real Orden de 9 de abril de 1915. *Gaceta de Madrid*, 23 de abril de 1915, núm. 113, pág. 229.

Madrid, Barcelona, Granada, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza y por otra Real Orden se establece el Reglamento para dichas oposiciones, el cual determina que los opositores deben ser licenciados o doctores en Medicina, la composición del Tribunal, el lugar donde debían tener lugar los ejercicios de la oposición y que la oposición constaría de cuatro ejercicios²⁰. También, ese mismo año, se publicó un Real Decreto regulando la provisión de las plazas de Médicos Forenses y de las Prisiones preventivas²¹.

En 1933, mediante un Decreto del Ministerio de Justicia²² se refunden todos los Cuerpos de Médicos Forenses (de Madrid, de Barcelona, de Valencia y el Cuerpo de Médicos Forenses y de las Prisiones preventivas) en un único cuerpo, el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. En el artículo segundo se señala que los Médicos que pertenezcan a dicho Cuerpo serán funcionarios técnicos del Estado y tendrán la obligación de auxiliar a la Administración de Justicia en todos los casos en los que se considere necesaria su intervención. Se determina, entre otras, que las oposiciones tendrán lugar en Madrid, quiénes serán los miembros que constituirán el Tribunal de oposición, que la oposición constará de la

²⁰ Real Orden de 23 de abril de 1915 aprobando el Reglamento para oposiciones a plazas de Médicos Forenses y de las Prisiones preventivas. *Gaceta de Madrid*, 24 de abril de 1915, núm. 114, págs. 240-241.

²¹ Real Decreto de 29 de julio de 1915 relativo a la provisión de las plazas de Médicos forenses y de las Prisiones preventivas. *Gaceta de Madrid*, 30 de julio de 1915, núm. 211, págs. 279-280.

²² Decreto de 17 de junio de 1933 disponiendo que, con la denominación de Cuerpo Nacional de Médicos forenses, queden refundidos los de Madrid y Barcelona y el Cuerpo de Médicos forenses y el de las Prisiones preventivas. *Gaceta de Madrid*, 20 de junio de 1933, núm. 171, págs. 2101-2104.

realización de cuatro ejercicios y la manera en la que se debían cubrir las vacantes y las interinidades.

En 1935, mediante un nuevo Decreto del Ministerio de Justicia, se realizan modificaciones a determinados artículos del Real Decreto de 1933²³, referentes al sueldo y a las características de la oposición.

En 1947, en el Boletín de 18 de julio, se publicó la Ley Orgánica, de 17 de julio de 1947, del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses²⁴, regulando, entre otras, dada la indudable importancia que para la Administración de Justicia son las funciones asesoras y periciales del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, la forma de ingreso, el escalafón, las incapacidades, las incompatibilidades, la provisión de vacantes, ascensos, concesión de licencias y de excedencias, así como las correcciones disciplinarias. Establecía una plantilla total para todo el Estado de 554 Médicos Forenses divididos en distintas categorías. Como novedad, creaba las Clínicas Médico-Forenses y los Institutos Anatómico-Forenses. A esta Ley la siguió el Reglamento Orgánico del Cuerpo, aprobado por Decreto de 8 de junio de 1956²⁵, que posteriormente fue

²³ Decreto de 24 enero de 1935 reformando los artículos que se citan y las disposiciones del Decreto de 17 de junio de 1933. *Gaceta de Madrid*, 26 de enero de 1935, núm. 26, págs. 773-775.

²⁴ Ley Orgánica de 17 de julio de 1947 del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. *BOE*, 18 de julio de 1947, núm. 199, págs. 4017-4022.

²⁵ Decreto de 8 de junio de 1956, por el que se adapta el Reglamento orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses a la Ley de 15 de julio de 1954, sobre situaciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado. *BOE*, de 27 de junio, núm. 179, págs. 4218-4225.

derogada por el Decreto de 10 de octubre de 1968²⁶, que aprobó un nuevo Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses para adaptar toda la normativa que regulaba a los Médicos Forenses a la Ley 11/1966, de dieciocho de marzo²⁷, por la que se adaptaban a la Ley de Funcionarios Civiles del Estado las disposiciones orgánicas de los que sirven a la Administración de Justicia. Este Reglamento dedica su Capítulo XI a la organización y funcionamiento de las Clínicas Médico-Forenses y su Capítulo XII a la organización de los Institutos Anatómico-Forenses. Además, se establece la figura de los Directores, sus obligaciones, la redacción de una memoria anual, las secciones que los constituirán, etc.

Momento crucial para el Cuerpo de Médicos Forenses fue la promulgación en el BOE de 4 de enero 1985 de la Ley 53/1984, de 26 diciembre²⁸, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Hasta ese momento el cargo de médico forense había sido compatible con el ejercicio de otra función en la Administración Pública, lo que había permitido que los médicos con ejercicio asistencial y profesores universitarios compatibilizaran sus cargos, dotando al Cuerpo de Médicos Forenses de un elevado nivel científico y práctico. La aplicación de esta Ley, junto con el escaso sueldo que percibía el médico forense, dio

²⁶ Decreto 2555/1968, de 10 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. *BOE*, de 21 de octubre de 1968, núm. 253, págs. 14894-14902.

²⁷ Ley 11/1966, de 18 de marzo, de Reforma Orgánica y Adaptación de los Cuerpos de la Administración de Justicia a la Ley de Funcionarios Civiles del Estado. *BOE*, de 19 de marzo de 1966, núm.67, págs. 3305-3309.

²⁸ Ley 53/1984 de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. *BOE*, 4 de enero de 1985, núm. 4, págs. 165-168.

lugar a que muchos médicos forenses optaran por su plaza asistencial o universitaria pasando a la situación de excedencia voluntaria en el Cuerpo de Médicos Forenses. Muchas de estas excedencias pueden observarse, aún hoy día, en el Escalafón del Cuerpo de Médicos Forenses²⁹.

En 1992, mediante la Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre³⁰, se integró en el Cuerpo de Médicos Forenses a los Médicos del extinguido Cuerpo de Médicos del Registro Civil y a los procedentes de la extinguida Escala de Médicos de la Obra de Protección de Menores, colocándolos al final del Escalafón. Todos los que se integraron, después de un curso de formación³¹, ocuparon plazas en el destino que tenían, y si no había vacantes para ser ocupadas se creó específicamente para ellos una plaza *ad hoc* en la localidad donde previamente habían estado destinados durante su pertenencia a los Cuerpos extinguidos.

El Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo³², aprobó el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal, base legal de lo que hoy son los Institutos de Medicina Legal. Ese mismo día, en el BOE núm. 53, se publicó el Real

²⁹ Escalafón del Cuerpo de Médicos Forenses (Cerrado a 1 de abril de 2007). *Boletín de Información del Ministerio de Justicia*. Suplemento al núm. 2042, de 1 de agosto de 2007.

³⁰ Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre, por la que se fija la edad de jubilación de Jueces y Magistrados y se integra a diverso personal médico en el Cuerpo de Médicos Forenses. *BOE*, 21 de noviembre de 1992, núm. 280, págs. 39606-39607.

³¹ Real Decreto 181/1993, de 9 de febrero, sobre integración de los médicos del Registro Civil y de los procedentes de la extinguida Escala de Médicos de la Obra de Protección de menores, pertenecientes a la Escala de Médicos de Organismos autónomos del Ministerio de Justicia, en el Cuerpo de Médicos Forenses. *BOE*, 23 de febrero de 1993, núm. 46, págs. 5666-5668.

³² Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, del Ministerio de Justicia e Interior. Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. *BOE*, 9 de marzo de 1996, núm. 60, págs. 9633-9636.

Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses³³, que ha estado en vigor en su totalidad hasta el año 2005, en el que se han introducido modificaciones obligadas por la nueva redacción del Libro VI “De los Cuerpos de Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia y de otro personal” de la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial³⁴. En esta Ley se señala que el Cuerpo de Médicos Forenses tiene la categoría de Cuerpo Especial. Las modificaciones en el Reglamento han sido en todo lo referido a régimen disciplinario³⁵ y a la forma de ingreso, provisión de puestos de trabajo y promoción profesional.³⁶ Recientemente, la Ley Orgánica 7/15, de 21 de julio, modifica la anterior Ley Orgánica afectando en algunos aspectos al Cuerpo de Médicos Forenses, como es la exigencia además de los títulos oficiales de Licenciatura o Graduado en Medicina, la especialidad en Medicina Forense³⁷ para el acceso al mismo.

³³ Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. *BOE*, 1 de marzo de 1996, núm. 53, págs. 8112-8132.

³⁴ Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. *BOE*, 26 de diciembre de 2003, núm. 309, págs. 46025-46096.

³⁵ Real Decreto 796/2005, de 1 de julio, por el que se aprueba el Reglamento general de régimen disciplinario del personal al servicio de la Administración de Justicia. *BOE*, 23 de julio de 2005, núm. 175, págs. 26349-26356.

³⁶ Real Decreto 145/2005, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia. *BOE*, 27 de diciembre de 2005, núm. 309, págs. 42252-42272.

³⁷ Ley Orgánica 7/15, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. *BOE*, 22 de julio de 2015, núm.174, págs. 61593-61660.

1.2. EL DAÑO CORPORAL

1.2.1. Conceptos

a) Lesión

Desde el punto de vista médico se entiende por lesión a toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos. No obstante, el daño (deterioro, menoscabo) no es lo mismo que incapacidad, ya que el daño es un pérdida anatómica o fisiológica demostrable, y la incapacidad es la limitación funcional causada por el deterioro cuando el individuo precisa realizar una función en la vida diaria, en el trabajo o en el placer³⁸. Hernández Cueto³⁹ extrae la definición de daño de la doctrina jurídica, considerándolo como el menoscabo que a consecuencia de un evento determinado sufre una persona en sus bienes vitales naturales, en su propiedad o en su patrimonio. La legislación penal distingue las violencias agresivas contra las personas, desde el punto de vista punitivo, según la gravedad que alcancen. Surge así una primera división que separa las lesiones no mortales de las mortales. Las lesiones no mortales, o simplemente lesiones, son todas aquellas que por sí solas y por sus complicaciones y consecuencias no producen la muerte en un caso concreto. Su curación puede tener lugar por la completa *restitutio ad integrum* anatómica y funcional, o dejando tras sí secuelas. Aunque la

³⁸ MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 4.

³⁹ HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 3.

lesión, elemento objetivo del delito de lesiones, no es definida por el vigente Código Penal⁴⁰, puede deducirse por la redacción del artículo 147 que dice “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental...”, equiparando al término médico de lesión cuando las causas son externas.

b) Valoración del daño corporal

El daño corporal resultante de la acción de un agente externo sobre el organismo es objeto de reparación e indemnización en nuestro Derecho y tiene especial relevancia individual y colectiva. Se intenta reparar o resarcir económicamente al perjudicado en su salud y patrimonio como bienes que deben ser protegidos en una sociedad moderna y solidaria. Esa misma protección frente a posibles abusos se extiende a las compañías aseguradoras y al propio Estado. Estamos pues, ante un conflicto de intereses entre partes sobre un hecho de naturaleza médica, donde el Juez interviene decisoriamente para armonizar derechos y deberes entre litigantes que, normalmente, están entre sí disconformes. Por lo tanto, existirá dos etapas: una primera médico-pericial y una segunda jurídica.

Etapa médico pericial: está encaminada a estimar el daño corporal que presenta una persona con la finalidad de ser reparado o ser objeto de una prestación de carácter social. El análisis médico para llevar a cabo la

⁴⁰ Ley Orgánica 1/15, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, 31 de marzo de 2015, núm. 77, págs. 27061-27176.

valoración de las lesiones debe comprender según algunos autores⁴¹ el estudio de las lesiones provocadas por el traumatismo, la determinación del estado de salud o de enfermedad del afectado en el momento previo al accidente, es decir, el estado anterior, la evolución de las lesiones sufridas, la estimación de la fecha de curación o de consolidación, averiguar el estado de salud o detrimento final tras la evolución máxima de las lesiones, realizando una evaluación objetiva y exacta de las secuelas resultantes en sus aspectos tanto anatómicos como funcionales, establecer el nexo de causalidad entre el hecho traumático, las lesiones producidas y las secuelas derivadas de ello, y determinar las consecuencias de las lesiones postraumáticas sobre todas las actividades que desarrollaba habitualmente el individuo, tanto en el ámbito laboral como en el social, personal, familiar, etc.

Es decir, el término de pericia médica engloba todas aquellas actuaciones mediante las cuales se asesora a la Administración de Justicia sobre algún aspecto de naturaleza biológica o médica de interés para la resolución de un proceso judicial ⁴².

⁴¹ VILLANUEVA CAÑADAS E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 458.

⁴² GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 367.

La realización del peritaje debe incluir⁴³:

- El motivo del mismo y su destino, así como su finalidad. Debe conocerse el objetivo de la exploración para determinar el modo en que ésta debe efectuarse. No es lo mismo valorar un daño corporal para obtener una prestación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, que para obtener una declaración de Invalidez por el INSS, o a los efectos de una responsabilidad de tipo civil puro o civil subsidiario, o realizar la valoración para proceder a su tipificación penal⁴⁴.
- A continuación, se realizará una anamnesis completa lo más exhaustiva posible, comprendiendo el estudio de cuantos antecedentes se tenga del caso. Dependerá, obviamente, de la finalidad y destino del peritaje.
- La exploración general del enfermo debe incluir los antecedentes familiares y las afecciones importantes de otras especialidades. Debe de comprender una descripción completa tanto de los signos normales como de las alteraciones patológicas. Hay que valorar enfermos, no lesiones⁴⁵.

⁴³ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 8.

⁴⁴ SALVAT PUIG J. *Valoración del daño corporal*. En: *Penal, informática y derecho comunitario europeo, administrativo, constitucional, contabilidad*. Recopilación de ponencias y comunicaciones, tomo III, pág. 329.

⁴⁵ PAREJO MALDONADO F. *Lesiones no articulares del miembro inferior. Valoración del daño corporal*. En: *II Jornadas de Valoración del daño corporal*, pág. 176.

- Exploración sistematizada.
- Pruebas complementarias.
- Exposición de las conclusiones y resultados con especial referencia a la finalidad por la que fue solicitada la peritación, contestando con exactitud a las preguntas que fueran realizadas. Como conclusión, se contestará de forma breve y clara en un apartado especial las cuestiones y motivos del peritaje.
- Todas las exposiciones deben de ser realizadas de forma clara e inteligible para el Juez, partiendo de la base de que éste no tiene por qué conocer las patologías ni la nomenclatura médica.

Etapa jurídica: Por valoración médica del daño corporal se entiende la actuación pericial médica dirigida a conocer con la máxima exactitud y objetividad las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, y a obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económica, familiares, morales, etc⁴⁶. El peritaje es un asesoramiento médico, pero es la Administración de Justicia a través de sus representantes quien dictamina en los casos de discordancia⁴⁷. La importancia de la pericia radica en la correlación

⁴⁶ VILLANUEVA CAÑADAS E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 455.

⁴⁷ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 7.

existente entre las consecuencias jurídicas y las declaraciones periciales, ya que la intervención del médico legista permite al juez situar el caso concreto en la jerarquía jurídica de los hechos prevista en el ordenamiento jurídico⁴⁸. La reparación del daño producido será determinada por el tribunal o por el juez competente, lo que llevará a cabo con la aportación de datos objetivos sobre el daño existente facilitados por un profesional o equipo médico adecuado⁴⁹.

Así pues, será susceptible de valoración cualquier daño corporal, con independencia de su origen y de su forma de producirse⁵⁰, es decir, que tanto si la lesión corporal fue debida a un hecho ilícito doloso como si fue simplemente culposa por imprudencia o negligencia, da origen a una responsabilidad, no sólo penal, sino también civil. De esta última surge la obligación de reparar el daño producido. Dicha reparación tiene como fin compensar el perjuicio económico derivado de la lesión, lo que impone la necesidad de establecer la cuantía económica de la compensación, y en consecuencia, determinar el menoscabo en la integridad corporal, en la salud física o mental de lesionado. El perjuicio resultante de una lesión deriva de dos elementos⁵¹: del daño emergente, que está constituido por los

⁴⁸ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 12.

⁴⁹ VILLANUEVA CAÑADAS E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 455.

⁵⁰ SALVAT PUIG J. *Valoración del daño corporal*. En: *Penal, informática y derecho comunitario europeo, administrativo, constitucional, contabilidad*. Recopilación de ponencias y comunicaciones, tomo III, pág. 329.

⁵¹ Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *BOE*, de 25 de julio, núm. 206, págs. 249-259.

gastos que ha debido realizar el lesionado en tratamientos, asistencia, transporte, etc., y del lucro cesante, que es la consecuencia de la anulación o disminución de la capacidad productiva y de la capacidad social, que en conjunto constituyen el valor de la persona.

No obstante, el daño corporal no se agota en sí mismo, ya que puede causar otros perjuicios de naturaleza patrimonial y no patrimonial, llamados genéricamente estos últimos daños morales⁵². Dentro del perjuicio extrapatrimonial, pueden mencionarse el perjuicio de ocio (se considerarán las prácticas deportivas, musicales, animación social, etc.), los sufrimientos soportados (ocasionados en el momento de la lesión, durante el traslado, tratamiento y rehabilitación, y de por vida o larga duración), el perjuicio afectivo (dolor moral o de angustia, referido a la sensación penosa que siente una persona de muerte inminente, de grave quebranto de su salud o de grave rechazo socio-familiar), el perjuicio estético o la alteración que sufre una persona en el agrado desinteresado de sí misma o de las personas que forman su entorno social (incluye, además de la superficie corporal, la tonalidad de la voz, distribución de la grasa, deambulación patológica, etc.), el perjuicio sexual (función de reproducción y goce sexual), o también el perjuicio juvenil entendido como la merma de salud general y de longevidad.

En definitiva, la medida del perjuicio vendrá dada por la medida de disfuncionalidad, es decir, por el grado en que ha quedado disminuida la

⁵² BARRÓN DE BENITO JL. En: BOROBIA FERNÁNDEZ C. *Valoración de daños personales causados en los accidentes de circulación*, pág. 6.

validez psicofísica del sujeto. No se trata de establecer una valoración en abstracto, sino que se ha de estimar la reducción de la validez de una persona y su valor referido a un individuo concreto, con unas características precisas⁵³. La evaluación médico-legal de la lesión deberá comenzar por establecer la reducción cuantitativa de la validez que tenía el sujeto antes de haber sufrido la lesión, a la que hay que añadir la disminución en su rendimiento para el trabajo que venía desarrollando en el momento en el que se lesionó. Ambas capacidades (genérica y laboral específica) representan el valor patrimonial biológico del sujeto, y su reducción, el daño patrimonial, es el que debe ser resarcido por el responsable. No obstante, y atendiendo a lo mencionado anteriormente, también debe tenerse en consideración el valor extrapatrimonial del daño sufrido. La valoración del daño corporal es, por tanto, aquella función pericial encaminada a estimar los daños corporales que puede presentar una persona, ya sea por razón de enfermedad, accidente de trabajo, accidente doméstico, accidente de circulación, como así mismo enfermedad profesional o invalidante, acciones dolosas o culposas, con la finalidad de que se reparen o compensen dichos daños⁵⁴. La doctrina médico-legal sobre el daño corporal establece que por reparación se entiende la acción y efecto de componer o enmendar el menoscabo que ha padecido una cosa⁵⁵.

⁵³ VILLANUEVA CAÑADAS E., HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 457.

⁵⁴ SALVAT PUIG J. VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 29.

⁵⁵ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 30.

Según Gisbert Calabuig⁵⁶, reparar significa, medicolegalmente, la acción de indemnizar al lesionado por el perjuicio inferido y cuya valoración se condiciona a la escala de disfuncionalidad, es decir, al grado en que ha quedado disminuida la validez psicofísica del individuo.

c) Médico valorador

El daño corporal debe ser valorado para ser correctamente indemnizado y, puesto que supone una modificación peyorativa de una o más funciones corporales que puede implicar una alteración de la actividad, operatividad y capacidad en el ámbito de la vida social, su estudio y estimación es de estricta competencia médica⁵⁷. Para fijar la responsabilidad debe acreditarse el daño, lo cual exige una valoración por personal adecuado que será el médico. El perito debe de tener unos conocimientos suficientes sobre la materia a examinar y ser imparcial⁵⁸. Esto requiere una formación altamente especializada en las diversas áreas de la Medicina y además poseer conocimientos de las diversas esferas del Derecho⁵⁹. Un buen perito médico resulta de la concurrencia de un conjunto de cualidades que ya se han expuesto.

⁵⁶ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 384.

⁵⁷ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 384. COBO PLANA JA. *Valoración por incapacidad temporal*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, pág. 277.

⁵⁸ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 7.

⁵⁹ HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, págs. 13-14.

Es, por tanto, la actuación médica en el campo de la valoración del daño corporal una actividad muy compleja y trascendente, motivo por el que los profesionales encargados de realizarla deben poseer una formación altamente especializada⁶⁰. Los peritos que pueden actuar en las pruebas periciales médicas pueden ser miembros de Cuerpos de la Administración del Estado, como son los médicos forenses, los médicos inspectores, médicos militares, médicos facultativos del Cuerpo Nacional de Policía, etc., o bien, ser médicos especialistas en Medicina Legal y Forense, médicos especialistas clínicos, o médicos generales, siendo la posesión del Título de Licenciado en Medicina el mínimo exigido para realizar la peritación médica en España⁶¹. Sin embargo, en otros países se atiende a la necesidad de que los casos de Valoración del Daño Corporal sean llevados a cabo solamente por unos pocos profesionales que hayan demostrado una cualificación, intentando obtener de esta manera una mayor uniformidad y homogenización en el conjunto de las evaluaciones⁶².

Es necesario, un exhaustivo conocimiento de la anatomía quirúrgica y funcional, así como de los procesos patológicos por parte de los profesionales que intervengan en la valoración del daño corporal⁶³. La

⁶⁰ HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, págs. 13-14.

⁶¹ SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 40.

⁶² HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 14.

⁶³ PAREJO MALDONADO F. *Lesiones no articulares del miembro inferior. Valoración del daño corporal*. En: *II Jornadas de Valoración del daño corporal*, pág. 175.

valoración deberá ser realizada siempre por un médico o un equipo médico, mientras que la reparación la establece el juzgador.

d) Consideración penal de las lesiones

A raíz de la reforma del Código Penal de 21 de junio de 1989⁶⁴, perdió importancia el pronóstico de las lesiones que establecía una clasificación penal de las lesiones según criterios de resultados. El juez consideraba delito o falta según el pronóstico, es decir, atendiendo a la gravedad del daño resultante que era clasificado con leve, menos grave o grave. Este criterio de resultado queda sustituido por criterios derivados de los modos y causación de las lesiones, clasificándose las lesiones corporales tipificadas en el Código Penal⁶⁵ según hayan sido producidas intencionalmente, es decir, con dolo o de forma voluntaria, o bien por imprudencia. Para considerar delito a aquellas lesiones que curan sin secuelas, el Código exige que para su sanidad se haya requerido tratamiento médico o quirúrgico, además de la primera asistencia facultativa. Se trata de términos no equivalentes a los existentes en clínica. Por primera asistencia facultativa debe entenderse el conjunto de actos médicos encaminados al diagnóstico, prevención de complicaciones y prescripción. La necesidad únicamente de la primera asistencia facultativa para la curación de una lesión implica que la lesión será considerada

⁶⁴ Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. *BOE*, de 22 de junio de 1989, núm. 148, págs. 19351-19358.

⁶⁵ Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, de 24 de noviembre de 1995, núm. 281, arts. 147-156.

penalmente de falta y no de delito. Aunque intervengan varios facultativos en el proceso inicial de diagnóstico, o a lo largo del período en que se está produciendo la evolución del mismo, tendrá la consideración de primera asistencia en aquellos casos en los que todas las intervenciones practicadas por los diferentes médicos estuviesen orientadas al establecimiento del diagnóstico o del tratamiento del cuadro inicial y a la prevención de complicaciones.

Por el contrario, si las variaciones producidas en la evolución del cuadro inicial exigen una nueva intervención médica o si surgen complicaciones que requieren modificar el tratamiento con efectos objetivamente curativos, se considera más de una única asistencia y tiene carácter de tratamiento médico o quirúrgico. Es decir, aquellas lesiones que, además de la primera asistencia facultativa, exijan la sucesiva instauración de un tratamiento médico o quirúrgico, se tipificarán penalmente como delito. En el caso de aparecer complicaciones, se estima que es un acto distinto y ulterior a la primera asistencia⁶⁶.

Por tratamiento quirúrgico se entiende cualquier acto quirúrgico, de cirugía mayor o menor que fuera necesario para curar en su más amplio sentido. Fuera de los supuestos de prevención u observación, toda lesión que requiera una intervención activa, ya sea médica o quirúrgica, será considerado como tratamiento, entendiéndose que la necesidad de tratamiento es de carácter objetivo, es decir, que no se trata de que se haya

⁶⁶ HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 39-44.

practicado o no el tratamiento, si no de que fuera necesario, por lo que habrá delito aunque no se hubiera realizado si éste hubiese sido imprescindible, o viceversa.

La Ley Orgánica 1/15⁶⁷, del 30 de marzo, modifica la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal, que revisa las penas y su aplicación, suprimiendo las faltas, incorporándose algunas al Libro II como delitos leves, otras pasan a ser infracciones administrativas, y en algunos casos, se resolverán por la vía civil o actos de conciliación. Como novedad, se exige la denuncia de la persona agravada o su representante legal para ser perseguidos los delitos de lesiones previstos en el artículo 147⁶⁸. Sin embargo, continúa utilizando el criterio objetivo de naturaleza médica de la constatación de la primera asistencia facultativa o de tratamiento médico y/ o quirúrgico para diferenciar los delitos graves de los leves⁶⁹.

e) Documentos médico-legales

Los documentos médico-legales varían en formato y finalidad, pero deben tener unas cualidades comunes como son un estilo claro, sencillo y conciso, para que sean útiles y comprensibles para quien los recibe, y que

⁶⁷ Ley Orgánica 1/15, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, 31 de marzo de 2015, núm. 77, págs. 27061-27176.

⁶⁸JAÉN VALLEJO M, PERRINO PÉREZ AL. *La reforma penal de 2015 (Análisis de las principales reformas introducidas en el Código Penal por las Leyes Orgánicas 1 y 2/2015, de 30 de marzo)*, págs. 88-89.

⁶⁹ MUÑOZ RUÍZ J. *Delitos contra la vida y la integridad física*. En: MORILLAS CUEVA L. *Estudios sobre el código penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015)*, págs. 360-361.

sean adecuados a su finalidad⁷⁰. El informe pericial médico relativo a la valoración del daño corporal es aquel documento médico-legal emitido por orden de una autoridad o a petición de un particular sobre hechos judiciales o administrativos relativos a un daño corporal. Se fundamenta en el conocimiento de los hechos médicos que lo motivan, las exploraciones efectuadas sobre la persona objeto del informe y en la finalidad del informe pericial. Este documento puede ser realizado por un perito o por una corporación científica⁷¹. Es decir, cualquier intervención de un médico en el campo de la evaluación del daño a las personas debe finalizar con la emisión de un informe escrito que recoja de forma pormenorizada todos los extremos de interés para la persona u organismo que tenga que valorar las consecuencias del evento lesivo sobre el individuo, esto es, el alcance real del daño, las secuelas y posibilidades de recuperación, sí como cualquier otra eventualidad que haya tenido que sufrir el lesionado para llegar a la curación o estabilización de sus lesiones⁷². La estructura del informe pericial incluye, los siguientes elementos⁷³:

- Preámbulo: comienza por los datos del perito o peritos (nombre y cualificación profesional), así como la persona o autoridad que ha

⁷⁰ GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. *Documentos médico-legales*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 136.

⁷¹ HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 369.

⁷² GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 367.

⁷³ GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. *Documentos médico-legales*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 140.

solicitado el informe y objeto del mismo, reproduciéndolo literalmente de la orden recibida. Otros autores⁷⁴ hacen mención a la fecha de expedición del informe y a la identidad del expediente que motiva la pericia. También debe incluir la identificación del lesionado⁷⁵.

- Relación y descripción de los objetos acerca de los cuales debe emitirse el informe: son los documentos, médicos o de otra índole, objetos y/o personas que puedan interesar. Se relatan las circunstancias de los hechos⁷⁶, y se incluyen los antecedentes, un resumen de la historia del sujeto así como todo lo que pueda averiguarse del estado anterior del lesionado previo al los hechos. En definitiva, consiste en reflejar la explicación del propio interesado sobre el suceso traumático, además de plasmar el resumen de los documentos médicos aportados, aclarando lo que corresponde a las declaraciones del lesionado y lo correspondiente a los informes médicos examinados⁷⁷.
- Operaciones practicadas: se puntualizarán las técnicas que se hayan utilizado, ya que dependiendo de las elegidas y su modo de

⁷⁴ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 12.

⁷⁵ GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 371.

⁷⁶ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 13.

⁷⁷ GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 371.

ejecución pueden hacer variar la eficacia del informe. Así mismo, debe hacerse constar los resultados de las pruebas realizadas. En este punto, hay que recordar que la función pericial es un acto médico y requiere, por ello, el consentimiento tanto para el acceso a la documentación médica, exploraciones complementarias, y reconocimiento de la persona que ha de ser examinada⁷⁸. No obstante, la negación a las pruebas que se consideran no peligrosas (que no provoquen daño a la vida o la salud, que no supongan grandes dolores o peligro para la integridad física del explorado) podrá repercutir de forma negativa sobre las conclusiones del peritaje⁷⁹. Es en este apartado donde se reflejarán todos los datos referentes al estado actual del lesionado, tanto los síntomas deducidos de la anamnesis como los signos observados tras una exploración exhaustiva⁸⁰.

- Valoración: se trata de las consideraciones médico legales, en las que se discuten los resultados. Requiere un razonamiento lógico y claro que sirva de nexo de unión entre los hechos que se recogen y las conclusiones. Se procede, en primer lugar, a una discusión médica (síntesis del caso: lesiones iniciales, su evolución, tratamiento, así como secuelas objetivas y subjetivas), y

⁷⁸ SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 48.

⁷⁹ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 8.

⁸⁰ GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 371.

posteriormente, una discusión médico-legal, en la que habrá que valorar los aspectos que interesan al juzgador atendiendo al ámbito del derecho que se trate⁸¹.

- Conclusiones: entresacadas de las resultantes obtenidas durante el anterior razonamiento. Se formulan numerándolas en párrafos distintos, haciendo tantas proposiciones como afirmaciones o negaciones se expresan⁸².
- Fórmula final: haciendo constar posteriormente el lugar, fecha y firma.

Los elementos que deben integrar la valoración y reparación del daño corporal son muy amplios, haciendo difícil realizar una valoración justa y completa en todos los casos, por lo que es recomendable el empleo de una metodología clara, precisa y ordenada⁸³. Por lo general, la intervención de los médicos evaluadores del daño corporal se produce mucho más tarde de cuando acontecieron los hechos, siendo por tanto, el hecho a estudiar remoto, modificado por el tiempo y difícil de revelar⁸⁴.

⁸¹ Op. cit., pág. 372.

⁸² MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina legal*, pág. 91.

⁸³ VILLANUEVA CAÑADAS E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 458.

⁸⁴ HERNÁNDEZ CUETO C. *Los daños a las personas en el ámbito del derecho civil*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 54.

f) Sanidad médico-legal de las lesiones

No se precisa en el texto legal la duración que haya de tener el tratamiento, por lo que el perito médico certificará la sanidad cuando no sea necesaria la continuidad del mismo o cuando ya no pueda esperarse ningún beneficio de su mantenimiento. Desde un punto de vista jurídico, se entiende que las lesiones de un paciente o su estado clínico alcanza el estado o momento de curación cuando se ha producido una reparación completa de las lesiones, que no da lugar a clínica y permite la plena integración del paciente a su vida normal, ya sea laboral o no. No obstante, existen circunstancias en las que la naturaleza de la lesión no permite una recuperación total, sino que la mejoría de la misma es nula o muy lenta. En los casos de un enfermo cuya evolución clínica se encuentra en una situación estable, sin progresión favorable en su recuperación a pesar de de las terapias aplicadas, se habla de estabilización lesional o consolidación de las lesiones. Igualmente, en estos casos se impone la necesidad de la emisión del alta médico-legal. Miralles Marrero⁸⁵ considera que el tiempo de curación en medicina forense equivale al tiempo de impedimento, es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta la curación o la estabilización de las lesiones, bien porque se logra la recuperación completa o bien porque queda una situación no modificable, es decir, una secuela. Dentro de los días de curación o estabilización lesional, hay que diferenciar los días en que el lesionado ha estado ingresado en un centro hospitalario, los días que ha estado convaleciente en

⁸⁵ MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 5.

su domicilio con carácter impeditivo y los días que ha estado convaleciente sin carácter impeditivo⁸⁶. La valoración de las lesiones en su efecto temporal siempre estará referido a la actividad habitual y general de la persona, sea laboral o no, y se considera impeditivo aquel en el que los efectos de la lesión, la propia lesión o los tratamientos o indicaciones terapéuticas impidan o contraindiquen los aspectos definitorios, nucleares y centrales de esa actividad u ocupación habitual⁸⁷. Además, la estabilización del proceso tiene componentes subjetivos, estando ligada a la experiencia de cada observador, al uso de determinados medios tecnológicos y de diagnóstico disponibles en cada circunstancia, ya que las posibilidades terapéuticas en un hospital en concreto, según la zona o país, no son las mismas. El concepto de estabilización, por lo tanto, es evolutivo⁸⁸.

Producida una lesión, ésta evoluciona hacia la curación, salvo que haya resultado mortal para el individuo. A esta curación puede llegarse, como ya se ha expuesto, con una restitución total o absoluta o a una consolidación con secuelas⁸⁹. En ocasiones, las medidas terapéuticas pueden prolongarse a lo largo del tiempo, a veces años, con el objetivo de

⁸⁶ SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 31.

⁸⁷ COBO PLANA, J.A., *Valoración por incapacidad temporal*. En: ASO ESCARIO, J., COBO PLANA, J.A., *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, pág. 170.

⁸⁸ MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 5.

⁸⁹ SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 31.

intentar llegar a la restitución completa, sin embargo, esto es incompatible con la temporalidad de los procedimientos judiciales, con lo que es necesario establecer, con criterios de razonabilidad y proporcionalidad dentro de ese proceso biológico, un momento final a efectos médico-legales ya que, desde un punto de vista estrictamente médico no tiene expectativa de mejora⁹⁰. Así pues, la definición de “sanidad médico-legal” es diferente del concepto médico tradicional de sanidad, más próximo a la restitución completa de la situación previa al traumatismo⁹¹, es decir, sanidad, no significa únicamente que el individuo esté totalmente curado, sino también que no es posible un mayor grado de reparación o mejoría⁹².

g) Secuelas

La lesión constituye inicialmente la base de referencia del daño, y la secuela es la consecuencia de la lesión⁹³. El término de secuela se define como toda manifestación a nivel anatómico, funcional, estético, psíquico o moral que menoscabe o modifique el patrimonio biológico del individuo, o se derive extrapatrimonialmente a terceros, como resultado de una lesión

⁹⁰ COBO PLANA JA. *Valoración por incapacidad temporal*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, pág. 159.

⁹¹ COBO PLANA JA. *Valoración por incapacidad temporal*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, pág. 159.

⁹² GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M. GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 14.

⁹³ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 20.

física o psíquica no susceptible de mejoría o tratamiento⁹⁴. En traumatología, por ejemplo, la consolidación de una fractura no es sinónimo de curación, puesto que el miembro puede no haber recuperado aún sus funciones por la persistencia de lesiones en las partes blandas que rodean al foco de fractura, pese a estar las lesiones óseas reparadas⁹⁵. Resulta difícil determinar en qué momento la secuela se instaura y deja de evolucionar⁹⁶, sobre todo en algunos supuestos, como es el caso de fracturas en niños⁹⁷, o cuando se valoran secuelas de tipo psiquiátrico o/y psíquico por tratarse de signos de interpretación subjetiva⁹⁸. El mejor momento para la evaluación de las secuelas es cuando han alcanzado una naturaleza crónica y parece que los déficits establecidos serán relativamente definitivos⁹⁹.

⁹⁴ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M. GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 14.

⁹⁵ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 21.

⁹⁶ HERNÁNDEZ MEYER C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 108.

⁹⁷ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 30.

⁹⁸ GRACÍA GARRIDO P J. *Valoración del daño corporal en las secuelas psiquiátricas*. En: *I Jornadas de Valoración del daño corporal*, pág. 59.

⁹⁹ HERNÁNDEZ MEYER C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 108.

Las secuelas pueden clasificarse atendiendo a diversos factores¹⁰⁰:

- Según su repercusión biológica:
 - Anatómicas: incluyen amputaciones, acortamientos de órganos, deformaciones y asimetrías, prótesis y material de osteosíntesis, entre otras.
 - Funcionales: son las que afectan a funciones viscerales, órganos, aparatos o sistemas, las que dañan al esqueleto y su mecánica articular, las que alteran alguna esfera de la vida psíquica aunque carezcan de base anatómica apreciable, y aquellas que repercuten en los sentidos.
 - Estéticas: se refiere a enfermedades o procesos que menoscaben el patrimonio estético objetivo, incluso subjetivo (concepto del yo físico y/o autoestima).
 - Psíquicas: como trastornos de la memoria, de la personalidad, del estado de ánimo, etc.
 - Morales: comprenden el dolor físico, dolor moral, reposo obligado, internamiento hospitalario, separación del medio familiar, pérdida o disminución de la relación social, así como impedimentos para el ocio.

¹⁰⁰ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, págs. 14-18.

- Extracorpóreas: secuelas que engloban el sufrimiento moral de familiares, interrupción de la vida conyugal o/y educativa, o el abandono de funciones laborales extracontractuales.
- Según su permanencia:
 - Secuelas previsiblemente reversibles con el tiempo.
 - Secuelas previsiblemente irreversibles o definitivas.
 - Secuelas transitorias: por su propia naturaleza siempre serán reversibles. También denominadas secuelas temporales. Se trata de un estado residual que permanece una vez producida la curación del lesionado, y que, previsiblemente, será reversible con el tiempo.
- Según su repercusión laboral:
 - Secuelas que no afectan a la capacidad laboral.
 - Secuelas que incapacitan parcialmente para el trabajo habitual.
 - Secuelas que incapacitan totalmente para el trabajo habitual.
 - Secuelas que incapacitan totalmente para cualquier trabajo.
- Según la tipificación legal y/o baremación: por mencionar las más frecuentes, las secuelas incluidas en la Tabla VI de la Ley 34/03¹⁰¹

¹⁰¹ Ley 34/03, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE, de 5 de noviembre de 2003, núm. 265, págs. 39190- 39220.

y en la Tabla 2.A.1. de la vigente Ley 35/15 de 22 de septiembre¹⁰², las no incluidas pero homologables, aquellas que no están incluidas y tampoco son homologables.

Las repercusiones de las limitaciones anatómicas y funcionales hay que examinarlas en sentido amplio y sin olvidar las consecuencias específicas sobre diversas tareas que también forman parte de las actividades habituales del lesionado¹⁰³. La valoración del médico en general, y sobre todo en lesiones medulares, tiene como fin cuantificar las secuelas y expresar lo más exactamente posible, las consecuencias que van a tener para la vida futura de los lesionados, sus dificultades y, también, sus posibilidades funcionales¹⁰⁴. Además, hay que tener presente que una sola lesión puede dar lugar a varias secuelas distintas, incluso a secuelas en cadena¹⁰⁵.

h) Relación de causalidad

Para realizar una valoración médico-legal de un daño concreto, son elementos indispensables una violencia, un daño corporal y un nexo de

¹⁰² Ley 35/15, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. B.O.E. de 23 de septiembre de 2015, núm. 228, págs. 84473- 84979.

¹⁰³ HERNÁNDEZ MEYER C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, págs. 108-109.

¹⁰⁴ VILA QUINTANA C. *La valoración del daño corporal en el lesionado medular*. En: *I Jornadas de Valoración del daño corporal*, pág. 165.

¹⁰⁵ HERNÁNDEZ MEYER,C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración Médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 108.

causalidad entre ellos¹⁰⁶. Se entiende por causa todo ente primario que condiciona un ente secundario, y aunque la causa puede ser única (aquella sin la cual el hecho no se produciría), generalmente es múltiple, pero predominando una causa principal¹⁰⁷. Es necesaria una relación de causalidad entre los hechos cometidos y el perjuicio ocasionado para que exista responsabilidad, es decir, es preceptiva la existencia de un puente de unión entre el acto lesivo y la situación patológica¹⁰⁸. Por tanto, un estado patológico constatado después de un accidente, no significa que esa lesión sea postraumática, sino que se debe establecer un nexo de causalidad¹⁰⁹ entre el daño y el hecho traumático y, solamente cuando se demuestre ese nexo de unión, podrá aceptarse que los hechos han sido el fundamento u origen de aquel daño¹¹⁰. Para establecer la relación de causalidad hay que conocer¹¹¹:

- La naturaleza de la lesión: los trastornos observados deben entrar en la categoría de los que la observación y experiencia han

¹⁰⁶ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 16.

¹⁰⁷ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 12.

¹⁰⁸ GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. *Responsabilidad médica*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 92.

¹⁰⁹ FIORI A, HERNÁNDEZ CUETO C. *Nexo de causalidad*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 324.

¹¹⁰ GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. *Responsabilidad médica*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 92.

¹¹¹ SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S, MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. *Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, págs. 30- 31.

permitido considerar como efectos posibles de la lesión sufrida. Es decir, que la naturaleza de la lesión pueda deberse a una etiología concreta¹¹².

- La naturaleza de la violencia: debe ser real, probada, localizada en el tiempo, apropiada y adaptada a las circunstancias, y por tanto, capaz por su naturaleza de determinar la lesión considerada¹¹³.
- La concordancia de asiento: la violencia debe haber alcanzado, bien directa, bien indirectamente, el lugar o el órgano asiento de la lesión.
- Ligazón anatomoclínica: el nexo de causalidad ininterrumpido entre los fenómenos mórbidos indica que cada uno de ellos es efecto del que precede y, al mismo tiempo, causa del que sigue. Es esencial la relación temporal entre el agente lesivo y la lesión.
- La lesión no existía antes de la violencia: esta condición es necesaria para eliminar los hechos de coincidencia que podrían inducir a estimar la existencia de una relación de causalidad. Hay que excluir estados patológicos anteriores y, en caso de existir, determinar su relación con el traumatismo y sus consecuencias¹¹⁴.

¹¹² FIORI A, HERNÁNDEZ CUETO C. *Nexo de causalidad*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 326.

¹¹³ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 17.

¹¹⁴ FIORI A, HERNÁNDEZ CUETO C. *Nexo de causalidad*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 326.

- Exclusión de una causa extraña a la violencia: no debe haber, entre el hecho generador y el hecho consecutivo, interposición de ninguna causa posterior y extraña a la acción del agente lesivo¹¹⁵.

En resumen, para que un hecho traumático pueda ser considerado como causa posible de una lesión en un procedimiento judicial, se requiere además de la posibilidad médica, la probabilidad dentro del procedimiento judicial, para lo que se comprobará la cadena temporal, la topografía, la mecánica lesiva y la evolución de las lesiones¹¹⁶.

i) Estado anterior y concausas

Habitualmente, en el ámbito de la medicina legal, concurren múltiples factores en la producción de un evento lesivo determinado. A estos factores se denominan concausas o causas concurrentes¹¹⁷. Éstas, a su vez, pueden ser preexistentes, simultáneas o sobrevenidas. En el caso de las preexistentes, son afecciones anteriores en el individuo afectado por un traumatismo, es el llamado estado anterior¹¹⁸. Por estado anterior se entiende los antecedentes patológicos, las predisposiciones individuales, las taras constitucionales o adquiridas, los trastornos orgánicos de naturaleza

¹¹⁵ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 286.

¹¹⁶ COBO PLANA JA. *Estudio médico de la causalidad dentro del procedimiento judicial*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, págs. 102-103.

¹¹⁷ FIORI A, HERNÁNDEZ CUETO C. *Nexo de causalidad*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 326.

¹¹⁸ COBO PLANA JA. *Estudio médico de la causalidad dentro del procedimiento judicial*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, págs. 103.

estática o de carácter evolutivo padecidos por el sujeto con anterioridad a la acción del factor lesivo¹¹⁹. Hay personas que padecen afecciones patológicas y pueden sufrir un traumatismo posteriormente. Si éste se asienta sobre una alteración anterior y da lugar a una secuela, no es unitaria la manera de juzgar el legislador el estado definitivo¹²⁰. Esta patología anterior puede desempeñar un papel determinado tanto en la génesis como en la evolución y la conclusión de las lesiones¹²¹. Para algunos autores¹²², el estado previo es la situación en que se encuentra el peritado respecto a un individuo normal de la misma edad, pudiendo estar alterado, lo que constituiría un estado anterior de carácter temporal o definitivo.

La interacción entre el traumatismo y el estado mórbido anterior puede evolucionar en dos sentidos diferentes¹²³, bien agravando el estado patológico anterior por la acción del traumatismo (acelerando la evolución, acentuado la sintomatología y reactivando un foco latente anteriormente controlado), o bien potenciando los efectos traumáticos por el estado mórbido anterior, debiendo considerarse los estados patológicos

¹¹⁹ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 288.

¹²⁰ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 26.

¹²¹ COBO PLANA JA. *Estudio médico de la causalidad dentro del procedimiento judicial*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, págs. 107.

¹²² HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 27.

¹²³ FIORI A, HERNÁNDEZ CUETO C. *Nexo de causalidad*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 327.

propriadamente dichos (concausas patológicas) así como las particularidades patológicas (concausas fisiológicas) del individuo.

Para que la lesión sea reconocida como empeoramiento o agravamiento de un estado previo a un hecho, han de cumplirse las siguientes premisas¹²⁴:

- El estado previo patológico tiene que poder demostrarse claramente y ser patente.
- El traumatismo en su mecanismo de acción y características tiene que poder relacionarse con el estado previo bien de forma primaria (si motiva de forma directa o indirecta el accidente), o de forma secundaria (en cuyo caso, se exige la demostración de síntomas puente desde el momento del accidente hasta que se hace patente su repercusión). El trauma tiene que ser adecuado para el empeoramiento de la lesión.
- En caso de que exista un empeoramiento del estado anterior hay que valorar si el accidente ha sido la causa esencial para que ocurriera, si únicamente ha sido una causa secundaria, o si ese empeoramiento se hubiera producido de todas maneras no siendo significativo el concurso del accidente. De estimarse que el accidente sea causa esencial del empeoramiento de la lesión, habrá

¹²⁴ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, págs. 27-28.

que delimitar la repercusión provocada por éste desde el punto de vista cronológico y de la gravedad.

El tiempo que tarda en curar una lesión es muy variable y depende de multitud de circunstancias¹²⁵, existen diversos estudios y tablas que indican los tiempos medios de curación de cada proceso morboso¹²⁶. No obstante, existen causas y concausas que pueden dilatar los tiempos de curación previsibles¹²⁷:

- La naturaleza de la propia lesión en un individuo concreto.
- Factores en relación con el tratamiento: si se realiza a tiempo o a destiempo, elección de tratamiento, indicación y lugar donde se aplica el mismo.
- Factores relativos a la edad de la persona lesionada: lesiones infantiles, en adolescentes, adultos o ancianos (generalmente, con alargamiento considerable de los tiempos de curación y mayores secuelas).
- Enfermedades preexistentes.

¹²⁵ SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 28.

¹²⁶ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, cap. V, págs. 88-202. ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, págs. 491-496. SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, págs. 33-290. BARSOTTI J, DUJARDIN C. *Guía práctica de traumatología*. MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*.

¹²⁷ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 5-9.

- Complicaciones: éstas pueden ser previsibles, imprevisibles y accidentales.
- Factores relacionados con el facultativo que dictamina sobre el tiempo de curación: bien sea por falta de cualificación facultativa, intereses económicos, imprudencias o negligencias, o bien, según los conocimientos específicos sobre daño corporal y medicina legal (dedicación y especialización médica).
- Factores relacionados con situaciones administrativas: el tiempo de curación no debe estimarse por partes de baja laboral transitoria, ya que el daño corporal de interés judicial implica responsabilidades penales y civiles que, por lo general, rebasan el interés administrativo.

j) Simulación y disimulación

La práctica de la clínica médico forense relacionada con la valoración del daño corporal no se encuentra exenta de dificultades, pues a las derivadas de las particularidades del procedimiento judicial, se suman otras de origen muy diverso como son la información asistencial incompleta, ocultación de antecedentes relevantes, o la simulación, que dependen del afectado y que llegan a constituir serios inconvenientes para el desarrollo de una correcta labor pericial¹²⁸. El engaño es hacer creer una cosa que no es verdad a otra persona y, en ocasiones, hay pacientes que

¹²⁸ DONAT LAPORTA E. *VI Mesa: casos especiales: segundo caso*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 277.

fingen estar enfermos por objetivos conscientes buscando un incentivo externo, es lo que se denomina simulación¹²⁹. La simulación médico-legal es un fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos con un fin interesado¹³⁰. Los rasgos¹³¹ que definen la simulación son la voluntariedad consciente del fraude, la imitación de trastornos patológicos o de sus síntomas, y una finalidad utilitaria, es decir, un beneficio o provecho inmediatos para el simulador. La simulación puede revestir diferentes formas según que la enfermedad o el trastorno mórbido sea provocado, imitado, prolongado, o falsamente referido a un tratamiento¹³².

Disimular una enfermedad o lesión es el hecho consciente de ocultar o encubrir algo que uno padece con una finalidad utilitaria en el mismo sentido que la simulación¹³³. Hay disimulación médico-legal cuando un individuo intenta esconder por el engaño o por medios fraudulentos un hecho molesto o comprometedor¹³⁴.

¹²⁹ CABALLERO SALGADO J. *VI Mesa: casos especiales: primer caso*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 265.

¹³⁰ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 43.

¹³¹ GISBERT CALABUIG J A. *Simulación y disimulación*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 1073.

¹³² SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 44.

¹³³ VALENZUELA GARACH MA. *Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 298.

¹³⁴ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 63.

En los casos concretos en los cuales se sospeche la presencia de una simulación o disimulación, el perito tiene la dificultad añadida de que, con certeza, el sujeto no va a colaborar con él¹³⁵. Existe una infinita variedad de síndromes y procesos patológicos susceptibles de ser simulados o disimulados¹³⁶, aunque en grandes rasgos, pueden ser somáticos o mentales¹³⁷. Respecto a estos últimos, se hace imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno ficticio, el trastorno de conversión, así como de otros trastornos somatomorfos. Básicamente la diferencia radica en el interés del simulador en obtener unas ventajas muy concretas con su conducta, existiendo un incentivo externo para la producción de los síntomas, y que éstos no ceden por sugestión o hipnosis¹³⁸.

La existencia de una sospecha o una probabilidad de paciente simulador no es suficiente para ser valorada o informada, es necesario tener la absoluta certeza y posibilidad de demostrarla mediante datos específicos sensibles, válidos y fiables¹³⁹. Para su diagnóstico debe realizarse una

¹³⁵ VALENZUELA GARACH MA. *Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 297.

¹³⁶ GISBERT CALABUIG JA. *Simulación y disimulación*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 1076.

¹³⁷ VALENZUELA GARACH MA. *Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 301.

¹³⁸ GISBERT CALABUIG JA. *Simulación y disimulación*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 1079.

¹³⁹ COBO PLANA JA. *Estudio médico de la causalidad dentro del procedimiento judicial*. En: ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA. *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03*, págs. 119-121.

completa valoración médica para descartar causalidad orgánica responsable de los síntomas referidos por el lesionado, hacer una correcta exploración física ayudándose de las pruebas complementarias pertinentes y aplicando los tratamientos adecuados¹⁴⁰. La American Psychiatric Association recoge en el DSM V (V65.2), en el apartado “Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica”, unos indicadores que cuando se presentan debe sospecharse la simulación¹⁴¹:

- Contexto médico-legal.
- Discrepancia acusada entre la alteración explicada por la persona afectada y los datos objetivos de la exploración médica.
- Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica.
- Incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
- Presentación de un trastorno disocial de la personalidad.

Actualmente, las repercusiones jurídicas de la simulación y disimulación se extienden a los distintos campos del Derecho, teniendo especial trascendencia en el ámbito del Derecho Penal, Civil, Laboral y Canónico¹⁴².

¹⁴⁰ CABALLERO SALGADO J. *VI Mesa: casos especiales: primer caso*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 265.

¹⁴¹ DSM V, págs. 726-727.

¹⁴² VALENZUELA GARACH MA. *Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 298.

En materia de lesiones, por tanto, el objetivo del médico forense será determinar durante el proceso evolutivo de la lesión, su desarrollo y si éste sigue las pautas normales, es decir, si la evolución ha sido la natural de la lesión o han intervenido factores extraños además de posibles situaciones concausales. Posteriormente, en el momento de la curación o de la consolidación del daño, deberá recabar todos los datos sobre asistencias facultativas, días de curación, mecanismos etiológicos, secuelas, etc., información necesaria para la correcta calificación penal de la lesión.

Las causas que ocasionan un daño en el organismo, así como el individuo que lo padece, son muy diversas, pudiendo en todo caso derivarse una peritación médico-legal¹⁴³. Debido a la existencia de diferencias a la hora de proceder a la valoración, y atendiendo a su etiología, se distingue entre aquellas lesiones fruto de accidentes de circulación de las que son consecuencia de otras circunstancias lesivas, como son las agresiones, accidentes laborales o accidentes casuales.

¹⁴³ HERNÁNDEZ MEYER C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, pág. 111.

1.2.2. Accidentes de circulación

a) Concepto

Se entiende por accidente de tráfico terrestre el acontecimiento fortuito sobrevenido en vía abierta al tráfico en el que interviene, cuanto menos, un vehículo terrestre y del cual se deriva un daño. En España, el concepto de accidente de tráfico queda definido en la Orden de la Presidencia del Gobierno, de 21 de febrero de 1962¹⁴⁴, “Es el accidente que se produce en una vía abierta a la circulación o tiene su origen en la misma, a consecuencia del cual una o varias personas resultan muertas, heridas, o se producen daños materiales y en el cual al menos un vehículo en movimiento está implicado”¹⁴⁵.

Las infracciones de los reglamentos de circulación por carretera son a menudo el origen de accidentes numerosos que plantean problemas de responsabilidad penal o civil, donde la intervención del médico legista es necesaria¹⁴⁶. En un siniestro pueden concurrir diversas consecuencias: muertes y lesiones de distinta y variada importancia¹⁴⁷. El estudio médico-legal de los accidentes de tráfico tienen un interés excepcional por el aumento de la densidad de la circulación rodada, la variedad de vehículos

¹⁴⁴ Orden de 21 de febrero de 1962 por la que se regula la Estadística de Accidentes de Circulación. *BOE*, de 27 de febrero, núm. 50, págs. 2822-2824.

¹⁴⁵ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 1.

¹⁴⁶ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 108.

¹⁴⁷ MARTÍNEZ PAVÓN D. *El tratamiento especial del siniestro con gran inválido y su inclusión en el reaseguro*. En: *I Jornada de Valoración del daño corporal*, pág. 225.

en uso, con características diferentes y la consiguiente modificación de los cuadros lesivos, así como las tendencias legislativas actuales hacia la prevención y represión de dichos accidentes¹⁴⁸.

b) Clasificación

Existe la posibilidad de que una persona sea víctima de un accidente de circulación de forma activa, por conducir el vehículo, pasiva, por viajar en él, o por sufrir los efectos cinéticos de su masa en movimiento¹⁴⁹.

Atendiendo a la naturaleza de los accidentes de tráfico terrestre y en consonancia con la nomenclatura del Instituto Nacional de Estadística, se diferencian: choques con obstáculos, colisiones entre vehículos, incendio, vuelco, atropello, y otros (despiste, caída por terraplén, etc.)¹⁵⁰. También se incluye el atropello a peatón o ciclista (impacto directo, aplastamiento).

Según el tipo de vehículo involucrado en el accidente, se distingue¹⁵¹:

- Vehículos con ruedas no provistas de neumáticos: pueden ser de tracción animal, o vehículos de trayecto obligado (ferrocarriles, tranvías, por ejemplo).

¹⁴⁸ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Accidentes de tráfico*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 337.

¹⁴⁹ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 493.

¹⁵⁰ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

¹⁵¹ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 451.

- Vehículos de ruedas neumáticas: en los que se encuentran los velocípedos, motocicletas, automóviles y vehículos de gran mole (camiones, autocares, etc.).

El origen y las causas de los accidentes son muy variados, y a menudo son difíciles de establecer exactamente¹⁵² por cuanto puede incidir más de una causa sobre la producción de los mismos en un determinado caso. No obstante, y de forma general, las causas de los accidentes de tráfico terrestre pueden clasificarse atendiendo a diversos factores¹⁵³:

- Factores inherentes al vehículo: como son los defectos mecánicos o averías.
- Factores dependientes de la ruta o calzada: trazado defectuoso, firme en mal estado, elementos extraños que limitan la adherencias de los neumáticos, falta o cambios en los señalamientos¹⁵⁴, entre otros.
- Factores humanos: inherentes a la víctima o al conductor. Se estima que es responsable del 80-95% de todos los accidentes de tráfico, pudiendo tratarse de factores no patológicos o patológicos. Respecto a los no patológicos, pueden ser de carácter psíquico (estados emocionales, personalidad) o somáticos (sexo, fatiga, sueño, alimentación, o edad). Los factores patológicos, a su vez,

¹⁵² SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 109.

¹⁵³ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 449.

¹⁵⁴ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 499.

pueden ser permanentes (defectos de visión, audición y equilibrio, afecciones neurológicas, enfermedades mentales, trastornos de la motilidad, entre otros) o transitorios, en los que se debe realizar mención específica y especial a las intoxicaciones (alcohol, drogas tóxicas y estupefacientes, medicamentos, monóxido de carbono, etc.).

Los conductores ancianos presentan problemas de mayor riesgo, debido a que las habilidades psicológicas necesarias para la conducción empiezan a deteriorarse a la edad de 55 años, disminuyendo de forma considerable a partir de los 75. Por encima de los 65 años, un 26.7% consumen psicofármacos junto a otros medicamentos, y el 14% presentan alteraciones cognitivas, un 7% demencia leve y un 3% demencia moderada¹⁵⁵.

El factor alcohólico en la génesis de los accidentes de circulación está comprobado, ya que ocasiona trastornos de la atención, de la concentración psíquica, de la asociación de ideas y de la memoria, es decir, trastornos de conducta nocivos para el manejo de un automóvil, ya que el tiempo de reacción a la luz y al sonido se encuentran alargados¹⁵⁶. El consumo de alcohol, drogas y medicamentos además de poder ser causa de accidentes de tráfico en los conductores de automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones, es indudable que agrava la severidad inicial del coma

¹⁵⁵ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 9.

¹⁵⁶ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 109.

y, además, retrasa un diagnóstico correcto con frecuencia por las dificultades de comunicación del paciente, así como las alteraciones de la conciencia por el exceso de etanol, llevando a erróneas clasificaciones en cuanto al pronóstico¹⁵⁷.

Bonnet¹⁵⁸ añade a estos factores, las condiciones meteorológicas o climáticas.

c) Lesiones

La gran variedad de lesiones que puede encontrarse en víctimas de accidentes de circulación es muy amplia. Puede tratarse de lesiones externas, lesiones craneoencefálicas, lesiones raqui-medulares, lesiones torácicas, lesiones de los órganos abdominales, lesiones pélvicas, lesiones de las extremidades superiores, o lesiones de las extremidades inferiores¹⁵⁹. El resultado lesivo dependerá también de las características propias de cada vehículo (masa, estabilidad, clase de ruedas, entre otros), la velocidad, el uso de los sistemas de seguridad (cinturón de seguridad, airbag, etc.), y la existencia de elementos móviles¹⁶⁰o salientes. Sin que pueda ser axiomático, parece que en cada tipo de accidente se dan unas determinadas

¹⁵⁷ MARTÍ AMENGUAL G. *Alcohol, medicamentos y drogas: su acción sobre la conducción y su acción como agravante de las lesiones por accidente de tráfico*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 9.

¹⁵⁸ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 499.

¹⁵⁹ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 450.

¹⁶⁰ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Accidentes de tráfico*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 338.

lesiones de forma preferente¹⁶¹. Así, cuando se trata del atropello de un ciclista o de un peatón, el accidente se descompone en cuatro tiempos¹⁶², caracterizándose cada uno con lesiones concretas en el individuo:

- Choque: su intensidad depende, sobre todo, de la velocidad del vehículo. Las lesiones se sitúan principalmente en la mitad inferior del cuerpo, cuyo aspecto e importancia están en relación con la forma del agente percutor y con la violencia del traumatismo.
- Caída o proyección: bien sobre el suelo o el propio vehículo, en cuyo caso se denomina caricamento¹⁶³. Las lesiones típicas de esta segunda fase del atropello son contusiones simples, heridas contusas y fracturas, localizadas fundamentalmente en la mitad superior del cuerpo: cráneo y extremidades superiores¹⁶⁴. Bonnet¹⁶⁵ hace mención diferenciada de la proyección y el derribamiento, para referirse a esta fase.
- Aplastamiento: se produce al quedar el cuerpo comprimido entre el suelo y el vehículo (ruedas u otras partes). Destacan en esta tercera fase las lesiones internas, no obstante, el paso de una rueda

¹⁶¹ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

¹⁶² SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, págs. 110-114.

¹⁶³ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Accidentes de tráfico*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 341.

¹⁶⁴ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 452.

¹⁶⁵ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 503.

sobre el cuerpo puede dejar una placa apergaminada estriada característica. También se producen lesiones osteoarticulares de localización y gravedad variable (luxación, fractura, e incluso trituración)¹⁶⁶. En esta fase, influye más el peso del vehículo que la velocidad. Bonnet¹⁶⁷ hace distinción entre el aplastamiento y el arrollamiento. Este último produciría un traumatismo al girar el cuerpo sobre su eje longitudinal ocasionando lesiones por arrancamiento y desprendimiento, así como el scalp.

- Arrastre: es el desplazamiento del cuerpo sobre el suelo, al quedar adherido al vehículo en movimiento. Como consecuencia del arrastre se producen excoriaciones situadas sobre las partes descubiertas y salientes, que adoptan normalmente una forma estriada. Es típico la incrustación de material del terreno donde se produce el atropello y por un desgaste de las ropas.

Cuando falta una o varias fases en el atropello, se denomina atropello incompleto, que puede suceder cuando el individuo yace en tierra o, cuando estando de pie en el momento del atropello y debido a la masa del vehículo, velocidad, o características propias del mismo, presenta sólo alguna fase aislada¹⁶⁸.

¹⁶⁶ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 453.

¹⁶⁷ BONNET EFP. *Medicina legal*, págs. 503-504.

¹⁶⁸ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Accidentes de tráfico*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 342.

En la colisión por alcance, lo más frecuente es el esguince cervical¹⁶⁹ por un mecanismo de latigazo al producirse una extensión brusca del cuello, seguido de una flexión también súbita. Las mujeres sufren el doble de lesiones de este tipo que el hombre debido a la debilidad de su masa muscular cervical. Asimismo, son posibles las fracturas y luxaciones de la columna cervical. La lesión por latigazo es un daño bastante típico, pero no es frecuente en los ocupantes de vehículos envueltos en colisiones moderadas, aunque poder demostrar de una forma clara las pequeñas alteraciones desde un punto de vista clínico es difícil. De hecho, en los casos judiciales, con documentación médica de dolor y ningún signo objetivo de daño, la cuestión clave es valorar el grado de simulación del paciente y poner en relación su estado médico con las condiciones concretas de la colisión¹⁷⁰.

En la colisión frontal las lesiones suelen ser graves¹⁷¹, ya que la velocidad a que se produce el accidente es la suma de las velocidades de los vehículos implicados. Es frecuente el TCE por impacto contra el parabrisas o el volante, el traumatismo facial, la fractura de los huesos largos de las extremidades inferiores, luxación de cadera por impacto de la rodilla contra el salpicadero y lesiones de columna cervical y dorsolumbar.

¹⁶⁹ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

¹⁷⁰ REPRESAS VÁZQUEZ C. *Patología del raquis cervical y dorso-lumbar. Visión del médico valorador*. En: *VI Jornadas sobre valoración del daño corporal*, pág. 193.

¹⁷¹ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

En los choques laterales, por lo general, las lesiones más graves se dan en los pasajeros que ocupan los asientos del lado en el que se recibe el impacto¹⁷², aunque las lesiones cervicales y craneales son más frecuentes en los ocupantes del lado contrario al golpeado, aumentando en ellos las posibilidades de muerte por lesión craneal en un 30%¹⁷³.

En el vuelco¹⁷⁴ la intensidad de las lesiones y su localización predominante va a depender fundamentalmente de la resistencia del techo del vehículo, si cae o no de cierta altura, si la persona lleva cinturón de seguridad, la altura de la víctima y distancia al techo, si se produce una o varias vueltas, o si el individuo pierde o no la conciencia, lo que supone adoptar o no mecanismos defensivos de protección, posturales y de tipo reflejo. Aún así, es muy común la fractura vertebral¹⁷⁵ acompañada de lesión medular. Existe una probabilidad 2.5 mayor de sufrir una lesión grave que en el resto de accidentes. Cuando el ocupante es despedido del vehículo, el 81% ya ha sufrido previamente heridas graves o mortales.

¹⁷² MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina legal*, pág. 231.

¹⁷³ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

¹⁷⁴ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 207.

¹⁷⁵ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

Por último, los accidentes en que el vehículo colisiona contra estructuras fijas¹⁷⁶ suelen producirse tras perder el conductor el dominio o control del vehículo, ya sea por deslizamiento, frenada, entrada inadecuada en una curva, etc. Esto supone que el conductor adquiere en fracciones de segundos posiciones muy variadas, por lo que las posibilidades topográficas lesivas son muy amplias. En colisiones laterales contra estructuras se producen múltiples lesiones en diferentes partes del cuerpo con un 90% de mortalidad antes de pasada la primera hora, ya que el cinturón de seguridad no ofrece protección en este tipo de accidentes¹⁷⁷.

En resumen, el mecanismo y los traumatismos sufridos por el conductor y los pasajeros¹⁷⁸ son el resultado del choque por proyección de un segmento corporal contra las partes interiores del vehículo, pero pueden ser también por proyección directa hacia el exterior del mismo, sea por la acción del propio choque, o bien, por la acción de la fuerza centrífuga.

Igualmente, se debe mencionar lesiones propias del uso de los sistemas de protección del vehículo. Así, por ejemplo, el casco puede provocar parálisis múltiple de los nervios craneales, el cinturón de seguridad puede ocasionar desde abrasiones a fracturas costales con traumatismo esternal, el airbag puede producir lesiones faciales y

¹⁷⁶ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 207.

¹⁷⁷ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 10.

¹⁷⁸ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 505.

cervicales al desplegarse, así como lesiones torácicas y de extremidades superiores¹⁷⁹.

d) Valoración médico forense

Dentro de las actuaciones susceptibles de ser solicitadas al médico forense destacan:

- Diagnóstico médico-legal del mecanismo lesional¹⁸⁰: el diagnóstico no se basará en la presencia de una determinada lesión, sino en el conjunto del cuadro lesional (lesiones externas e internas), y otros datos sumariales como es el examen del lugar de los hechos o declaraciones de testigos.
- Diagnóstico del tipo de vehículo¹⁸¹: el tipo de vehículo causante de las lesiones condiciona, por lo general, la gravedad de las mismas, dependiendo más de la velocidad que de la masa. Otros factores que pueden influir son, por ejemplo, el tipo de ruedas.
- Identificación del vehículo¹⁸²: para lo cual, se procede al examen del lugar de los hechos, de la víctima y sus ropas, y a la inspección

¹⁷⁹ MIRALLES MARRERO RC. *Análisis del traumatismo*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, págs. 11-14.

¹⁸⁰ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 454.

¹⁸¹ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Accidentes de tráfico*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 343.

¹⁸² MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina legal*, pág. 231.

del vehículo para proceder al hallazgo de restos biológicos, restos de pintura, cristales, etc.

- Diagnóstico etiológico¹⁸³: en la gran mayoría de los casos es accidental, excepcionalmente suicida y homicida (mención particular al homicidio enmascarado como accidente de automóvil¹⁸⁴). No obstante, existe también la posibilidad de que individuos portadores de enfermedades de base puedan fallecer súbitamente mientras conducen, tratándose entonces de una muerte de causa natural¹⁸⁵.

Respecto a otras actuaciones susceptibles de ser solicitadas por parte de los magistrados o del Ministerio Fiscal al médico forense, son aquellas relacionadas con la valoración de la intoxicación aguda en personas que conducían vehículos en el momento del accidente, a tenor del Reglamento General de Circulación¹⁸⁶ y del Código Penal (Capítulo IV, De los delitos contra la seguridad vial)¹⁸⁷.

¹⁸³ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 507.

¹⁸⁴ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 117.

¹⁸⁵ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 508.

¹⁸⁶ Real Decreto 13/92, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación, para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. *BOE*, de 31 de enero de 1992, núm. 27, págs. 3199-3271.

¹⁸⁷ Código Penal, art. 379.2.

e) Baremos

En España, la valoración del daño a la persona secundario a los accidentes de tráfico ha evolucionado desde un sistema empírico a un sistema propio y de uso obligatorio, con el fin de unificar y homogeneizar criterios en la valoración y reparar adecuadamente los daños sufridos tras los accidentes de tráfico.

Inicialmente se utilizó un sistema empírico, basado en la experiencia personal del perito médico, por la carencia de tablas o baremos que expresasen de forma más o menos precisa el valor del daño corporal¹⁸⁸. Cuando los peritos médicos españoles conocieron la existencia de baremos europeos comenzaron a utilizarlos, entre ellos destaca el Barème du Accidents du Travail et Maladies Professionnelles¹⁸⁹, del que se llegó a realizar una reproducción parcial para ser utilizado en accidentes de tráfico¹⁹⁰, y el baremo italiano “Tabella della polizza tipo per

¹⁸⁸ SALVAT J, MUÑIZ C. MUÑOZ R. *Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas*, pág. 32.

¹⁸⁹ El primer baremo data del año 1939, iniciado por Mayet & Rey, posteriormente han tenido lugar actualizaciones y comentarios por Mathieu, Padovani, Harlay, etc.

Consta de una parte general (principios generales, modo de calcular la tasas médicas, revisiones, lesiones e incapacidades múltiples, aparatos de prótesis y de ortopedia), de trece capítulos dedicados al accidente de trabajo (miembros superiores, miembros inferiores, raquis, cráneo y sistema nervioso, ORL, oftalmología, lesiones maxilo-faciales y estomatología, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, aparato urinario, aparato genital y glándulas endocrinas y tegumentos), de una introducción a las enfermedades profesionales de cinco capítulos (intoxicaciones y alergias, enfermedades infecciosas y parasitarias, agentes físicos, enfermedades de patogenia compleja y neumoconiosis) y, por último, de una valoración en Derecho común.

En todos los apartados se explican las técnicas de medición y los valores que se consideran normales, siempre ayudados de esquemas anatómicos.

Para el cálculo de secuelas múltiples debidas al mismo accidente se propone la fórmula de Balthazard, y para el cálculo de un grado de invalidez con un estado anterior se propone el uso de la fórmula de Gabrielli.

¹⁹⁰ LORENZO A. *Diccionario de legislación sanitaria*, págs. 294-316.

l'infortunistica privata”¹⁹¹. Posteriormente, con otras finalidades de valoración, se confeccionaron baremos específicos como son los baremos para inválidos de guerra. El primero de ellos, de 1976, se redactó para regular las pensiones para los mutilados de guerra que no estaban encuadrados dentro del Cuerpo de Caballeros Mutilados, y el segundo, de 1979 y parecido al anterior, para reconocer beneficios económicos a los que sufrieron lesiones y mutilaciones en la Guerra Civil Española. También se crearon baremos sociales, como el baremo oficial publicado en el Real Decreto 1971/1999¹⁹², de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, que valora las diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero que desarrolla la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos¹⁹³. Estos medios técnicos son porcentuales y permitían establecer un porcentaje de reducción de la validez del sujeto¹⁹⁴.

En la valoración de los daños en accidente de tráfico, con anterioridad a los baremos, se siguió el sistema de grupos de asignación. Los grupos de asignación son relaciones nominales de secuelas o situaciones lesionales a las que corresponde un valor o una situación, de la

¹⁹¹ LUVONI R, BERNARDI L. *Guida della valutazione medico-legale dell'invalidità permanente*.

¹⁹² Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *BOE*, de 26 de enero de 2000, núm. 22, págs. 3317-3410.

¹⁹³ BOROBIA FERNÁNDEZ C. *Métodos de valoración del daño corporal*, págs. 98-161.

¹⁹⁴ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 385.

cual, se puede derivar una indemnización o modificación del estatus personal, social o laboral. En estos grupos de asignación no se calcula el porcentaje de incapacidad, ni las perspectivas futuras de trabajo, si no que se trata de comparar las lesiones o secuelas que padece el lesionado entre las que existen en una lista. Posteriormente, el juzgador, dentro de la categoría en la que haya encajado la secuela, asigna la indemnización.

El primer baremo relativo a las lesiones derivadas de accidentes de tráfico aparece en el Real Decreto de Presidencia del gobierno de 4 de julio de 1980, por el que se modificó el Reglamento del Seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos de Motor¹⁹⁵, donde se incluyó el baremo como anexo para la indemnización de incapacidades permanentes por secuelas derivadas de accidente de tráfico, y una clasificación de las secuelas en categorías. Este baremo sufrió una modificación y actualización merced a la Orden de 17 de marzo de 1987¹⁹⁶, aunque, es la Orden de 5 marzo de 1991¹⁹⁷ la que introduce un documento orientador sobre indemnizaciones al que denomina “Sistema para la valoración de daños personales derivados de accidentes de circulación” como consecuencia del

¹⁹⁵ Real Decreto 1653/1980, de 4 de julio, por el que se modifica parcialmente el Reglamento del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil de Vehículos a Motor, aprobado por Decreto 3787/1964, de 19 de noviembre. *BOE*, de 15 de agosto de 1980, núm. 196, págs. 18436-18438.

¹⁹⁶ Orden de 17 de marzo de 1987 por la que se aprueba el baremo de indemnización de los daños corporales a cargo del seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor, de suscripción obligatoria. *BOE*, de 24 de marzo de 1987, núm. 71, págs. 8393-8395.

¹⁹⁷ Orden de 5 de marzo de 1991 por la que se da publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por medio de vehículos de motor, y se considera al mismo como procedimiento apto para calcular las provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes correspondientes a dicho seguro. *BOE*, de 11 de marzo de 1991, núm. 60, págs. 8135-8155.

vacío legislativo y la pluralidad de criterios a la hora de la valoración del daño corporal¹⁹⁸. En este documento se fijan las cuantías de las indemnizaciones teniendo en cuenta, por una parte, la incapacidad permanente que resulte al lesionado desde el punto de vista físico o funcional, medida mediante puntos asignados a cada secuela (tabla VI), y por otro lado, el valor del punto en función de la edad del incapacitado, que va incrementándose a medida que aumenta la puntuación (tabla III). Sobre la indemnización resultante se aplicarán los factores de corrección en forma de porcentajes (tabla IV) para adecuar las indemnizaciones a cada caso concreto¹⁹⁹. Este baremo supuso una serie de ventajas a la hora de valorar los daños personales y fijar indemnizaciones²⁰⁰:

- Introduce un mecanismo de certeza.
- Fomenta un texto análogo para situaciones de responsabilidad, cuyos supuestos de hecho sean coincidentes.
- Sirve de marco e impulso de acuerdos transaccionales.
- Agiliza los pagos por siniestros.

¹⁹⁸ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, págs. 47-48.

¹⁹⁹ SOTO NIETO F. *El gran inválido. Aspectos jurídico- legales en la valoración de los daños y perjuicios sufridos*. En: *I Jornada de Valoración del daño corporal*, pág. 188.

²⁰⁰ HERNÁNDEZ CUETO C. *Tablas y baremos de valoración*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*, pág. 348.

- Reduce significativamente las actuaciones judiciales ²⁰¹.
- Permite establecer previsiones a las Entidades Aseguradoras.

Sin embargo, esta Orden de 5 de marzo de 1991 no tenía carácter vinculante, ya que se limita a recomendar su aplicación, situación que varía con la Ley 30/95, de la Jefatura del Estado, de 8 de noviembre sobre Ordenación y supervisión de los seguros privados, en la que se obliga su aplicación²⁰². En esta Ley, en su punto primero, apartado 11, es donde se exige la emisión de un informe médico tras el reconocimiento y valoración del lesionado. El Anexo está confeccionado con criterios objetivos y cuantías indemnizatorias que se estiman suficientes y equitativas, incorporando, además, tanto factores de corrección que permitan considerar las circunstancias subjetivas de la víctima y su entorno, como un mecanismo de actualización anual automática de los importes de las indemnizaciones²⁰³. No obstante, para algunos autores²⁰⁴, los baremos son instrumentos erróneos e incompletos de medida para la cuantificación de los daños personales, ya que se aplican a la población general y no al individuo en concreto.

²⁰¹ SOTO NIETO F. *El gran inválido. Aspectos jurídico- legales en la valoración de los daños y perjuicios sufridos*. En: *I Jornada de Valoración del daño corporal*, pág. 188.

²⁰² Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. *BOE*, de 9 de noviembre de 1995, núm. 268, págs. 32480- 32567.

²⁰³ SOTO NIETO F. *El gran inválido. Aspectos jurídico- legales en la valoración de los daños y perjuicios sufridos*. En: *I Jornada de Valoración del daño corporal*, pág. 186.

²⁰⁴ HERNÁNDEZ CUETO C. *Tablas y baremos de valoración*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal*, pág. 338.

Tras la Ley 34/2003 de 4 de noviembre de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados²⁰⁵, se decretó la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (BOE 5 de noviembre de 2004)²⁰⁶, que establecía un sistema para la valoración de los daños y perjuicios a las personas en accidentes de circulación, y donde se indica que el sistema se aplicará a la valoración de todos los daños a las personas ocasionados en accidentes de circulación, salvo que sean consecuencia de delito doloso. Este sistema de valoración tiene carácter vinculante y de utilización obligatoria por parte de juzgados y tribunales. Se debe usar en la reparación de los daños y perjuicios causados en los accidentes de circulación en toda su extensión y cualquiera que sea la responsabilidad civil en que pueda incurrir el conductor, es decir, sea la derivada de una posible infracción penal, de la culpa extracontractual contemplada en el Código civil²⁰⁷ o de la específica referida al uso y circulación de los vehículos a motor y conocida como responsabilidad cuasi objetiva.

Este sistema cumple con las condiciones establecidas por la Resolución 75/7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, de 14 de abril de 1975, relativa a la reparación de daños en casos de lesiones

²⁰⁵ Ley 34/03, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. *BOE*, de 5 de noviembre de 2003, núm. 265, págs. 39190- 39220.

²⁰⁶ Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. *BOE*, de 5 de noviembre de 2004, núm. 267, págs. 36662-36695.

²⁰⁷ Código Civil, art. 1902.

corporales y muerte, y que establece como postulados fundamentales el principio de “restitución total” y el desglose de la indemnización por partidas razonadas en función del perjuicio, evitando la concesión de una cuantía global que prácticamente imposibilite su crítica y revisión. El baremo consta de seis tablas cuyo contenido cumple con los requisitos de esta Resolución, en el sentido de abarcar perjuicios económicos y no económicos:

- Tabla I. Indemnizaciones básicas por muerte. Comprende la cuantificación de los daños morales, de los daños patrimoniales básicos y la determinación legal de los perjudicados. Para la determinación de los daños se tiene en cuenta el número de los perjudicados y su relación con la víctima de una parte, y de otra, la edad de la víctima.
- Tabla II. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por muerte. Consta de los factores de corrección para los casos de muerte, destacando las circunstancias familiares especiales y la pérdida del feto por la víctima embarazada.
- Tabla III. Indemnizaciones básicas por lesiones permanentes (incluidos daños morales). Establece el valor del punto, que aumenta su valor de forma directamente proporcional al número de puntos y de forma inversamente proporcional a la edad del perjudicado.

- Tabla IV. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes. Dispone la aplicación de factores de corrección en forma de porcentajes de aumento o de reducción sobre la cuantía obtenida. Son de destacar los daños morales complementarios, las lesiones permanentes que constituyen una incapacidad para la ocupación o actividad habitual, la gran invalidez y la necesidad de ayuda de una tercera persona.
- Tabla V. Indemnizaciones por incapacidad temporal. Fija las indemnizaciones básicas por incapacidades temporales, determinando un importe diario para la estancia hospitalaria, un importe diario para la convalecencia domiciliaria impeditiva y un importe diario para la convalecencia domiciliaria no impeditiva.
- Tabla VI. Clasificaciones y valoración de las secuelas. En ella se establece una tasa en puntos para cada secuela, cuya gradación sigue un criterio exclusivamente clínico en cuanto a intensidad o gravedad. Aunque los puntos sean transformables directamente, según el valor del punto, en un valor económico, la asignación de puntos a cada secuela proviene de los valores de incapacidad permanente parcial que la práctica médica ha venido fijando en estudios reiterados para cada secuela. Por ello, la asignación de puntos a cada secuela debe realizarla, con criterios clínicos, el perito médico. Esta tabla consta de nueve capítulos: cabeza, tronco, aparato cardiovascular, extremidad superior y cintura

escapular, extremidad inferior y cadera, médula espinal y pares craneales, sistema nervioso periférico, sistema endocrino y perjuicio estético. Dentro de estos capítulos se describen una serie de secuelas a las que se otorga una puntuación mínima y una puntuación máxima.

A partir del día 1 de enero de 2016, se comenzará a aplicar la Ley 35/15, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación²⁰⁸. En su Título IV, consta el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, estando en el capítulo I los criterios generales para la determinación de la indemnización del daño corporal (ámbito de aplicación y alcance, principios fundamentales del sistema de valoración, daños objeto de valoración, aplicación del sistema de valoración, sujetos perjudicados, necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración, momento de la determinación de las circunstancias para la valoración del daños, etc.). También, en su sección 2^a, se define el concepto de pérdida de autonomía personal, actividades esenciales de la vida ordinaria, gran lesionado, asistencia sanitaria, entre otros. Es en su segundo capítulo donde se especifican las reglas para la valoración del daño corporal, ya sea en caso de muerte (sección 1^a), o secuelas (sección 3^a). En la Tabla 2.A.1. se recoge el baremo médico, con la clasificación y valoración de las secuelas,

²⁰⁸ Ley 35/15, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. *BOE*, de 23 de septiembre de 2015, núm. 228, págs. 84473-84979.

separadas en dos apartados, en el primero las secuelas anatómico-funcionales, y en el segundo, capítulo especial de perjuicio estético.

Respecto al apartado primero, se divide en capítulos:

- Capítulo I: sistema nervioso. Diferencia las secuelas en el ámbito de la neurología de las del campo de la psiquiatría y psicología clínica.
- Capítulo II: hace referencia a los órganos de los sentidos, cara y cuello, categorizándolas en sistema ocular, sistema auditivo, sistema olfatorio y nariz, máxilofacial y boca, y cuello.
- Capítulo III: engloba las secuelas del sistema músculo esquelético según regiones: tórax, columna vertebral, pelvis, extremidad superior y extremidad inferior.
- Capítulo IV: recoge las secuelas del sistema cardio-respiratorio.
- Capítulo V: se refiere al sistema vascular, diferenciando las secuelas del sistema venoso, sistema arterial, sistema linfático y prótesis vasculares.
- Capítulo VI: menciona las secuelas del sistema digestivo, que incluyen el esófago, estómago, intestino delgado y grueso, hígado y vías biliares, páncreas, bazo, así como hernias y adherencias.
- Capítulo VII: hace mención al sistema urinario, categorizando las secuelas del riñón, la vejiga y la uretra.

- Capítulo VIII: secuelas del sistema reproductor tanto femenino como masculino.
- Capítulo IX: referido a las secuelas del sistema glandular endocrino, diferenciando las de la hipófisis, tiroides, paratiroides y páncreas o diabetes insulino-dependiente.
- Capítulo X: último capítulo del primer apartado en el que se recogen las secuelas del sistema cutáneo.

Este nuevo baremo identifica e intenta reparar daños a nuevos perjudicados que no se contemplaban en el anterior, así como actualizar y mejorar el sistema que aún hoy está vigente.

1.2.3. Accidentes laborales

a) Conceptos

A lo largo de la vida una persona puede padecer enfermedades comunes y patología consecuente de la realización de una actividad laboral. Ésta, a su vez, puede ser derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

El concepto de accidente laboral se recoge en el artículo 115, punto 1º de la Ley General de Seguridad Social ²⁰⁹: “...toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por

²⁰⁹Real Decreto 1/94, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *BOE*, 29 de junio de 1994, núm. 154, págs. 20658-20708.

cuenta ajena”. En definitiva, para que un hecho tenga la consideración de accidente laboral, debe cumplir una serie de premisas²¹⁰:

- Existencia de una violencia: se trata de un acontecimiento rápido que ocurre en un corto espacio de tiempo y que es producido con ímpetu o con fuerza²¹¹.
- Existencia de ciertas condiciones de lugar y tiempo: se ha de dar en el lugar en que se desempeña el trabajo y durante el tiempo que se realiza éste.
- Existencia de una causalidad directa entre el trabajo y la lesión producida.

Son situaciones asimiladas²¹² el accidente sufrido en el lugar de trabajo durante la jornada laboral, salvo causa de fuerza mayor extraña al trabajo. También se considera accidente laboral al accidente *in itinere*, es decir, el que transcurre en la ruta hacia o desde el trabajo en los horarios y medios habituales, y el acontecido con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargo electivo de carácter sindical o durante su traslado al lugar donde se ejerza. Así mismo, es accidente de trabajo el sufrido con ocasión o como consecuencia de trabajos no habituales ordenados por la empresa o realizados espontáneamente en interés de la misma, el accidente

²¹⁰ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 470.

²¹¹ BONNET EFP. *Medicina legal*, pág. 746.

²¹² LGSS, art- 115.2.

ocurrido en acto de salvamento o similar relacionado con el trabajo, la enfermedad profesional contraída con motivo exclusivo del trabajo o las lesiones preexistentes agravadas por un accidente de trabajo²¹³. Se incluyen también, las consecuencias de un accidente de trabajo modificadas por circunstancias intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico originado por aquel o se basen en afecciones adquiridas en el medio en que se haya situado al accidentado para su curación. También serán calificadas como accidente de trabajo las lesiones derivadas de una culpabilidad civil o criminal del empresario, compañero de trabajo o tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo²¹⁴, y aquellas resultantes de una imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo²¹⁵. No es necesario, por tanto, que el accidente sea la causa única y exclusiva de sus consecuencias perjudiciales, basta que haya contribuido a la aparición o agravación de la enfermedad o al fallecimiento²¹⁶.

No obstante, no tendrán la consideración de accidente de trabajo²¹⁷ los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se

²¹³ FONS MARTÍN JS. *Valoración del daño corporal en el marco laboral*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, pág. 387.

²¹⁴ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 471.

²¹⁵ MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R. NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 345.

²¹⁶ SIMONIN C. *Medicina legal judicial*, pág. 299.

²¹⁷ LGSS, art. 115.4.

ejecutaba al ocurrir el accidente, y los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado²¹⁸.

La enfermedad profesional es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades especificadas en el cuadro aprobado por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley²¹⁹, y debe estar provocada por la acción de los elementos o sustancias que en mencionado cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. Se caracteriza por tratarse de un proceso patológico contraído a consecuencia del trabajo por cuenta ajena, con un cuadro de aparición lenta y evolución progresiva, originado por la acción repetida y duradera de una sustancia ligada al lugar de trabajo, padecida simultáneamente por varios trabajadores de la misma empresa y con nexo de relación específico entre el proceso patológico, sustancia responsable y la actividad laboral. La Ley 53/2002, de 30 de diciembre²²⁰, permite que los trabajadores autónomos puedan mejorar voluntariamente la acción protectora frente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La definición de enfermedad profesional hace referencia a un cuadro de enfermedades profesionales. Este cuadro parte de la Lista Europea de Enfermedades Profesionales y fue aprobado en el R.D. 1299/2006, de 10 de

²¹⁸ GISBERT CALABUIG JA. MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, págs. 470-471.

²¹⁹ LGSS, art. 116.

²²⁰ Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. *BOE*, de 31 de diciembre de 2002, núm.313, págs. 46086-46191.

noviembre²²¹, como el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social, estableciendo los criterios para su notificación y registro. Está dividido en seis grupos, que recogen las enfermedades profesionales y la relación de las principales actividades laborales capaces de producirlas:

- Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

²²¹ R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre. B.O.E. núm.302, de 19 de diciembre de 2006, págs. 44487-44546.

Así mismo, se establece en el anexo 2 del R.D. 1299/2006, la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro, agrupada en los mismos seis grupos que el cuadro de enfermedades profesionales. Este cuadro, al igual que la lista europea, relaciona estas sustancias con la exposición al riesgo, y no en relación a los puestos de trabajo concretos, como en la legislación anterior, apareciendo algunos puestos de trabajo como indicativos, pero no exclusivos al abordar algunas enfermedades profesionales²²².

b) Lesiones

Para su consideración deberán producirse unas lesiones corporales mediatas o inmediatas, aparentes o no aparentes, superficiales o profundas, es decir, cualquier infortunio en el cuerpo o en la salud²²³, de carácter físico o psíquico relacionado con el trabajo. No obstante, se trata de un daño, más que de una lesión en el estricto sentido anatómico, daño que imposibilita al trabajador para desarrollar su normal capacidad de trabajo²²⁴. La cuantía de las prestaciones sanitarias y económicas viene establecida en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social de 20 de junio de 1994²²⁵,

²²² LOBATO CAÑÓN JR. *Contingencia laboral*. En: *Aspecto médico- prácticos en valoración del daño corporal*. X Jornadas de valoración del daño corporal, pág. 137.

²²³ BONNET EFP. *Medicina legal*, págs. 744-747.

²²⁴ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 471.

²²⁵ Real Decreto 1/94, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *BOE*, 29 de junio de 1994, núm. 154, págs. 20658-20708.

y dependerá de la situación que derive del accidente, distinguiéndose diversas situaciones: incapacidad temporal, lesiones permanentes no invalidantes, invalidez permanente con los grados de parcial, total y absoluta, y muerte.

La *incapacidad temporal* es la situación debida a enfermedad común o profesional, o a accidente, sea o no de trabajo²²⁶, siempre que el trabajador esté impedido para realizar su trabajo y reciba asistencia sanitaria²²⁷. Lo que define la incapacidad temporal es la necesidad de seguir tratamiento, que la persona está impedida para el trabajo y que es de carácter temporal²²⁸. Tiene una duración máxima de doce meses, prorrogables otros seis más en el caso de que se amplíe la asistencia sanitaria, y finaliza por curación con o sin secuelas para el desempeño de su actividad laboral, o por fallecimiento²²⁹. Es decir, que tras un alta de incapacidad temporal vendrá la consideración y valoración de la aptitud del lesionado, que no consiste en la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino poder llevarla a cabo con profesionalidad, cumpliendo exigencias mínimas de continuidad, dedicación y rendimiento dentro de una jornada de trabajo, asegurando que el trabajador está en

²²⁶ LGSS, arts. 128-130.

²²⁷ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 473.

²²⁸ VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 107.

²²⁹ MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 347.

condiciones de realizar las tareas requeridas con efectividad, sin riesgo para él mismo o para terceras personas²³⁰.

La *incapacidad permanente* se define como aquella situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral²³¹. La consecuencia de esta incapacidad permanente es una imposibilidad para realizar la actividad productiva de manera permanente, bien sea de forma parcial, total o absoluta, produciéndose, en consecuencia, una reducción definitiva de la capacidad real de ganancia. Es decir, que lo que incapacita son las limitaciones funcionales objetivadas, la relevancia de las lesiones, su trascendencia, su determinación cierta y definitiva, independientemente del diagnóstico²³². La incapacidad permanente se clasifica en grados²³³: incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, incapacidad permanente total para la profesión habitual, incapacidad permanente absoluta para toda profesión, y gran invalidez. Por profesión habitual se entiende aquella que era desempeñada de manera

²³⁰ VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 108.

²³¹ LGSS, art. 134.

²³² VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 110-112.

²³³ LGSS, art. 137.

habitual por el trabajador al tiempo de sufrir el daño. Por tanto, debe resultar una incompatibilidad con el trabajo que puede ser motivada por causas físicas o funcionales originadas por un accidente laboral, una enfermedad profesional o a una enfermedad común, o a otro tipo de accidente, y además, ser causa de riesgo para el trabajador o para terceros²³⁴.

La *incapacidad permanente parcial* para la profesión habitual ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle realizar las tareas fundamentales de la misma. Su determinación está totalmente relacionada con la actividad profesional habitual y las actividades fundamentales y accesorias del puesto de trabajo. Según el trabajo realizado, tienen esa consideración, por ejemplo, la pérdida funcional de un pie o de los elementos indispensables para la suspensión y progresión, la pérdida de la visión completa de un ojo si subsiste la del otro, pérdidas de falanges o dedos no indispensables para el trabajo a que se dedicaba²³⁵. Se hace imprescindible para el médico valorador un conocimiento profundo de las demandas y requerimientos detallados del puesto de trabajo²³⁶. La prestación económica que la Ley reconoce a este grado de incapacidad

²³⁴ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, págs. 54-57.

²³⁵ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 37.

²³⁶ VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 108.

consiste en una cantidad a tanto alzado equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora que haya servido para determinar la prestación económica por incapacidad temporal de la que se deriva ésta²³⁷.

La *incapacidad permanente total* para la profesión habitual se entiende como aquella que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Se ha considerado, según la actividad, la pérdida de las partes esenciales de la extremidad superior derecha, la pérdida de la extremidad superior izquierda en su totalidad o en sus partes esenciales, la pérdida completa del pulgar que utiliza preferentemente para el trabajo, pérdida de una de las extremidades inferiores si es por encima de la rodilla, la pérdida de la visión de un ojo si queda reducida la del otro en menos de un 50%, y la sordera absoluta bilateral²³⁸. Siempre ha de restar una aptitud psicofísica suficiente para poder desempeñar otra actividad más liviana, sedentaria o de requisitorias diferentes o secundarias, en adecuadas condiciones de dedicación y rendimiento, y compatible con las limitaciones funcionales padecidas²³⁹. La prestación económica consiste en una pensión vitalicia que corresponde al 55% de la base de cotización, que puede ser sustituida, excepcionalmente, por una indemnización a tanto alzado cuando

²³⁷ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 475.

²³⁸ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 38.

²³⁹ VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 112.

el beneficiario fuese menor de 60 años²⁴⁰. Cuando por la edad, falta de preparación y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual, la pensión vitalicia será incrementada en el porcentaje determinado reglamentariamente, suspendiéndose el mismo durante el periodo en que el trabajador obtenga empleo²⁴¹.

La *incapacidad permanente absoluta* para todo trabajo es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Se trata de un conjunto de lesiones o secuelas de tal gravedad que anulan la capacidad laboral del trabajador por completo, incluso para la realización de trabajos de bajos requerimientos físicos y/o intelectuales, como son los trabajos sencillos, livianos o sedentarios. No implica la necesaria imposibilidad de realización de toda actividad, sino únicamente la actividad laboral en cualquier profesión y en los niveles de dedicación actividad y rendimiento normalmente exigibles²⁴². Han dado lugar a este grado de incapacidad absoluta la pérdida total, o en sus partes esenciales, de las dos extremidades superiores o inferiores, de una superior y otra inferior o de la superior derecha en su totalidad, la pérdida del movimiento, análoga a la mutilación anteriormente mencionada, la pérdida de la visión en ambos

²⁴⁰ GISBERT CALABUIG JA. MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 475.

²⁴¹ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 38.

²⁴² VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 113.

ojos, la pérdida de la visión en un ojo, si queda reducida en más del 50% la del otro, las lesiones orgánicas y funcionales del cerebro y estados mentales que impiden dedicarse en absoluto a cualquier trabajo, y aquellas lesiones orgánicas o funcionales del aparato digestivo o urinario que impiden dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo²⁴³. La prestación económica correspondiente a este grado de incapacidad permanente absoluta es una pensión vitalicia equivalente al 100% del salario real del trabajador que, en caso de ser inferior al salario interprofesional mínimo, se tomará éste último como referencia²⁴⁴.

Por *gran invalidez* se entiende aquella situación del trabajador afecto de incapacidad permanente absoluta y que además, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos²⁴⁵. Sin embargo, según Vicente Pardo²⁴⁶, no es el grado superior de la incapacidad, ya que se trata de una situación unitaria e individual que se alcanza en relación a unas determinadas condiciones del individuo y a sus limitaciones para los actos más esenciales de la vida, y no implica necesariamente la incapacidad permanente absoluta

²⁴³ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 38.

²⁴⁴ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, págs. 475.

²⁴⁵ LGSS, art. 137.6.

²⁴⁶ VICENTE PARDO JM. *Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales*. En: *Aspecto médico-prácticos en valoración del daño corporal. X Jornadas de valoración del daño corporal*, pág. 114.

para todo trabajo y profesión, pudiendo darse en cualquier grado de incapacidad, porque el elemento que define la gran invalidez es la necesidad de ayuda de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida más que la imposibilidad de ejercer actividad laboral alguna. La prestación económica consiste en la misma que para la incapacidad permanente absoluta incrementándose su cuantía en un 40%, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que lo atienda. A petición del gran inválido o de sus representantes legales, podrá sustituirse el incremento por alojamiento y cuidado a cargo de la Seguridad Social o Entidad o Mutua de Accidentes²⁴⁷ en régimen de internado en una institución asistencial²⁴⁸.

Las lesiones permanentes no invalidantes son mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, causadas por el accidente de trabajo o enfermedad profesional que no constituyen una invalidez permanente²⁴⁹. Se establece así el derecho a indemnización de las secuelas de los accidentes de trabajo que, si bien no afectan la capacidad laboral del accidentado, representan una merma en la integridad física del trabajador de la que es responsable el accidente²⁵⁰. Se indemnizan una sola vez con arreglo al grupo de asignación de la Orden del Ministerio del Trabajo de 5 de abril de

²⁴⁷ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 38.

²⁴⁸ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 476.

²⁴⁹ LGSS, art. 150.

²⁵⁰ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 474.

1974²⁵¹, habiéndose revalorizado recientemente en el año 2013²⁵², multiplicando por un valor determinado las cantidades primitivas. La tabla de baremación tiene seis apartados donde incluir las lesiones: I cabeza y cara, II aparato genital, III glándulas y vísceras, IV miembros superiores, V miembros inferiores, y VI cicatrices no incluidas en epígrafes anteriores²⁵³. Esta indemnización es incompatible con las prestaciones de invalidez permanente si la lesión se ha tenido en cuenta para esta última²⁵⁴.

El trabajador que se encuentra en situación de invalidez permanente o en cualquiera de los grados de incapacidad puede ser revisado en tanto no alcance la edad mínima establecida para acceder al derecho de la pensión de jubilación²⁵⁵. La revisión de la incapacidad puede basarse en una agravación o mejoría en la salud del trabajador, por error de diagnóstico o

²⁵¹ Orden de 5 de abril de 1974, por la que se actualiza el baremo de lesiones, mutilaciones y deformaciones de carácter definitivo y no invalidante, previsto en el artículo 146 de la Ley de la Seguridad Social. *BOE*, de 18 de abril de 1974, núm. 93, págs.7915-7918.

²⁵² Orden ESS/66/2013, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes. *BOE*, 30 de enero de 2013, núm. 26, págs. 6839-6844; corrección de errores *BOE*, 22 de febrero de 2013, núm. 46, pág. 14873.

²⁵³ FONS MARTÍN JS. *Valoración del daño corporal en el marco laboral*. En: MIRALLES MARRERO RC. *Valoración del daño corporal en el aparato locomotor*, págs. 391-395. HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, págs. 231-236. HERNÁNDEZ CUETO C. *Tablas y baremos de valoración*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesiones*, págs. 342-343.

²⁵⁴ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 37.

²⁵⁵ MUÑOZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 348.

por realización de trabajos por cuenta ajena²⁵⁶. En el primer caso, podrá realizarse la revisión una vez transcurrido el plazo establecido en la resolución inicial, y en los otros supuestos podrá llevarse a cabo en cualquier momento.

Las prestaciones económicas pueden incrementarse entre un 30 y un 50% en aquellos casos en los que el accidente laboral haya sido consecuencia de incumplimiento de la normativa de seguridad e higiene en el trabajo²⁵⁷. Este incremento, correrá a cargo de la empresa y no puede ser cubierto por una compañía de seguros o mutua laboral.

Las lesiones producidas como consecuencia de un accidente de trabajo requerirán prestaciones sanitarias²⁵⁸ (dispensación de medicamentos, suministro y renovación de prótesis y aparatos que pueda necesitar el accidentado), prestaciones recuperadoras²⁵⁹ (medidas de rehabilitación física y psíquica, medidas de readaptación al trabajo habitual o bien, la reeducación para un nuevo oficio o profesión), y prestaciones económicas con la finalidad de compensar la pérdida de ganancia que ha resultado del accidente.

²⁵⁶ GISBERT CALABUIG JA. MURCIA SAINZ E. *Patología producida por el trabajo*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 476.

²⁵⁷ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. *BOE*, de 10 de noviembre de 1995, núm.269, págs. 32590-32611.

²⁵⁸ MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 348.

²⁵⁹ MORENO BELLIDO F. *La rehabilitación profesional de los accidentados de trabajo*. En: *I Jornada de Valoración del daño corporal*, págs. 233-260.

c) Valoración

La evaluación de incapacidades recae sobre las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, que son las encargadas de emitir dictamen acerca de la disminución de la capacidad para el trabajo, y la Comisión de Evaluación de Incapacidades, que resuelve si procede o no la incapacidad y su grado correspondiente²⁶⁰. El Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS es quien examina la situación de incapacidad del trabajador y formula al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social un dictamen-propuesta. Tras el mismo, se concede audiencia a los interesados para que aleguen cuanto estimen conveniente, siendo finalmente el Director Provincial del INSS quien dicte resolución al respecto, sin estar vinculada por las peticiones concretas de los interesados, con lo que podrá reconocer las prestaciones que correspondan a las lesiones existentes o a la situación de incapacidad padecida, ya sean superiores o inferiores a las que se deriven de las peticiones²⁶¹.

Una vez agotada la vía administrativa, en la sustanciación de una incapacidad (solicitud, estudio, resolución, reclamación previa), el perjudicado puede acudir a la jurisdicción ordinaria (Juzgado de lo Social) para que se revise el asunto, pudiendo aportar las pruebas que considere

²⁶⁰ GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesiones*, pág. 376.

²⁶¹ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 39.

pertinentes²⁶². Es en la jurisdicción social donde la pericia del médico forense puede ser solicitada, siendo los asuntos más frecuentes aquellos en los que debe determinar si el sujeto está capacitado para realizar algún tipo de actividad laboral, y en caso afirmativo indicar qué tipo de actividad. Otros motivos por los que puede ser requerido el médico forense, son los relacionados con la existencia de secuelas consecutivas a un accidente laboral o enfermedad profesional indicando su repercusión en la actividad laboral del informado. En ocasiones, es preceptivo el examen de la persona para establecer si el cuadro patológico que sufre puede o no considerarse como enfermedad profesional, si es recomendable desde el punto de vista médico el cambio de puesto de trabajo en un trabajador determinado, si un trabajador está en condiciones de ser dado de alta o no, o si las dolencias sufridas por un trabajador que tiene concedida una pensión por incapacidad permanente han sufrido agravamiento o mejoría desde una fecha concreta. Además, el médico forense podrá ser solicitado al objeto de dictaminar acerca del grado de minusvalía o incapacidad parcial que sufre un paciente, informar en las demandas de mala praxis, así como cualquier otra cuestión que el Juez o Tribunal estime procedente.

Por lo tanto, el médico que perita debe tener conocimientos suficientes de las actividades que se realizan en la mayoría de las profesiones y, si surge una desconocida, informase de sus características

²⁶² GIRELA LÓPEZ E, HERNÁNDEZ CUETO C. *Informe médico de los daños a las personas*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesiones*, pág. 377.

previamente²⁶³. Así mismo, debe tener en cuenta las profesiones que pueden provocar enfermedades profesionales o empeorar las patologías preexistentes²⁶⁴. Para elaborar el informe pericial, además de realizar un reconocimiento completo de la persona, dispone de información que proviene del escrito de demanda, informes médicos asistenciales y periciales, documentación administrativa (informe del Equipo de Valoración de Incapacidades, declaración de minusvalía, etc.), pruebas complementarias aportadas por el paciente, y otros datos que resulten de la exploración física y psicopatológica del informado, sin omitir una anamnesis completa para descartar una neurosis de renta, simulación o exageración de síntomas.

1.2.4. Agresiones

En las agresiones, las lesiones se producen a consecuencia de un hecho que transgrede la Ley²⁶⁵, dando lugar a la existencia de una responsabilidad, con circunstancias modificativas de las penas²⁶⁶ (intencionalidad, ensañamiento, imputabilidad, etc.) y a una responsabilidad civil de origen penal. Por lesión se entenderá cualquier alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos

²⁶³ Clasificación internacional uniforme de ocupaciones, CIUO-88.

²⁶⁴ HIDALGO DE CAVIEDES Y GORTZ A, MURILLO MARTÍNEZ JP. *Valoración de las discapacidades traumáticas*, pág. 59.

²⁶⁵ HERNÁNDEZ MEYER C. MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesiones*, pág. 111.

²⁶⁶ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 63.

(mecánicos: efecto de un traumatismo activo o pasivo, físicos, químicos, biológicos y psicológicos) o internos (el esfuerzo, ya sea voluntario o involuntario), siendo por tanto, las posibilidades múltiples y variadas, dependiendo de cada caso individualizado ²⁶⁷.

Actualmente, los delitos de lesiones se recogen en el Título III (De las lesiones) del Libro II (Delitos y sus penas) en el Código Penal, calificándose atendiendo a la pena impuesta según el artículo 33.4, es decir, cuando la pena por su extensión pueda estimarse leve o menos grave, tendrá la consideración de delito leve. En materia de violencia de género se llevan a cabo algunas modificaciones para reforzar la protección especial que actualmente dispensa el Código Penal a las víctimas de este tipo de delito, incorporando el género como motivo de discriminación en la agravante 4ª del artículo 22 (se sustituye el término “delitos relacionados con la violencia de género” por el de “delitos contra la mujer”²⁶⁸). En relación a los delitos de violencia doméstica y en el ámbito familiar o asimilado, el artículo 173.2 se refiere “a personas con discapacidad necesitadas de especial protección”, reformando el anterior término de “incapaz”²⁶⁹, incluyendo como sujetos pasivos del delito al cónyuge o persona que esté o haya estado ligada al agresor por un análoga relación de

²⁶⁷ GISBERT CALABUIG JA, MURCIA SAIZ E. *Delito de lesiones*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, págs. 315-316.

²⁶⁸ MUÑOZ RUÍZ J. *Delitos contra la vida y la integridad física*. En: MORILLAS CUEVA L. *Estudios sobre el código penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015)*, págs. 366-367.

²⁶⁹ MANZANARES SAMANIEGO JL. *La reforma del Código Penal de 2015 conforme a las Leyes Orgánicas 1 y 2/2015, de 30 de marzo*, págs. 175-176.

afectividad aún sin convivencia; los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente; los menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que convivan con el agresor o que se hallen sujetos a la patria potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente; las personas amparadas en cualquier otra relación por la que se encuentren integradas en el núcleo de convivencia familiar; así como las personas que, por su especial vulnerabilidad, se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados²⁷⁰. Por lo general, la violencia se dirige hacia las personas más vulnerables del grupo, distinguiéndose la violencia sobre los menores (maltrato infantil), sobre la mujer (violencia de género), y sobre el anciano (maltrato de los ancianos)²⁷¹.

a) Actuación médico forense

La intervención del médico forense puede ser respecto al agresor y respecto a la víctima²⁷². En cuanto al autor de la violencia, podrá ser pertinente el estudio del perfil psicológico y la determinación, en su caso, de trastornos de personalidad, desviaciones conductuales, hábitos étlicos o

²⁷⁰ CANO PAÑOS MA. *Los delitos de violencia doméstica y en el ámbito familiar o asimilados*. En: MORILLAS CUEVA L. *Estudios sobre el código penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015)*, págs. 416-417.

²⁷¹ CASTELLANO ARROYO M. *Violencia en el medio familiar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 445.

²⁷² GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, págs. 302-309.

de dependencia a drogas de abuso o psicofármacos, peligrosidad social y doméstica, así como el cumplimiento de los requisitos exigidos para la imputabilidad, entre otros. El maltratador suele ser, frecuentemente, un inadaptado al medio doméstico, y suele carecer de concepciones altruistas, desinteresadas y afectivas respecto a la vida en pareja. Sin embargo, no existe un patrón definido en el que se le pueda encasillar, dado que la agresión es fruto de una concurrencia de circunstancias²⁷³: pérdida del afecto, incompatibilidad de caracteres entre la pareja, problemática económica, pérdida o desviación de la sexualidad, además de problemas extraconyugales (por ejemplo en el ámbito laboral), y ocasionalmente, trastornos como insomnio, ansiedad y depresión.

El cuadro lesivo de la víctima es múltiple y está condicionado por el tipo de agente utilizado en la agresión, no obstante, la violencia no necesariamente tiene que manifestarse con lesiones, el daño corporal físico o psíquico puede sospecharse por un estado de disconfort, dolor moral, frustración, alertización patológica o ansiedad en cualquiera de sus manifestaciones²⁷⁴. Pueden apreciarse a la exploración lesiones corporales superficiales (contusiones, laceraciones, alopecia traumática, heridas, o quemaduras), lesiones óseas (fracturas y luxaciones), y lesiones viscerales

²⁷³ NAVARRO GÓNGORA J. *La violencia psicológica*. En: *Manual de peritaje sobre malos tratos psicológicos*, págs. 39-42. REYES MARTÍN A. *Tipos, diagnóstico médico y valoración médico legal del maltrato en la infancia y la adolescencia. Maltrato físico*. En: *Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses*, págs. 365-366. CASTELLANO ARROYO M. *Violencia en el medio familiar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 446.

²⁷⁴ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M. GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 298.

(hematoma subdural, contusiones cerebrales, hematoma extradural, lesiones genitales, entre otros).

Atendiendo al tipo de víctima, existen características más o menos propias del tipo de violencia, así, en el caso de maltrato infantil²⁷⁵ se describe el “síndrome del niño maltratado” consistente en lesiones múltiples de variada localización y evolución (síndrome de Silverman y síndrome del niño zarandeado²⁷⁶). También es factible en menores la comisión por omisión, que se traduce, en términos generales, en un retraso en el desarrollo estaturó-ponderal y una actitud de “vigilancia helada” y tristeza. Cuando se trate de violencia de género, pueden observarse además, lesiones defensivas y, tanto en este caso, como en el anterior, no han de descartarse agresiones de tipo sexual.

La violencia en el anciano, no sólo se produce en el medio doméstico sino también en centros públicos o privados que ejercen el papel de cuidador. La exploración será menos florida que en las situaciones mencionadas con anterioridad, y resulta difícil distinguir entre las provocadas por pequeños accidentes casuales y las debidas a malos tratos²⁷⁷. En este caso, al igual que en maltrato infantil, puede darse la posibilidad de comisión por omisión de cuidados, y mención especial

²⁷⁵ CASTELLANO ARROYO M. *Violencia en el medio familiar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, págs. 446-447.

²⁷⁶ BONNET EFP. *Medicina legal*, págs. 474-476.

²⁷⁷ GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ M, GARCÍA-BLÁZQUEZ PÉREZ CM. *Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal*, pág. 308.

requieren las intoxicaciones medicamentosas (contención química²⁷⁸), así como el uso no autorizado de recursos económicos del anciano, no debiendo descartar el maltrato sexual. Se han descrito numerosos protocolos de actuación²⁷⁹, con el fin de prevenir y facilitar el diagnóstico de estos actos, recomendándose por lo general, una intervención multidisciplinar (judicial, médica, social, policial, etc) para mayor eficacia.

b) Agresión sexual

El Código Penal de 1995²⁸⁰, libro II, Título VIII, recogía los denominados “Delitos contra la libertad sexual”, modificándose por la Ley Orgánica 11/99, de 30 de abril, donde pasaron a llamarse “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”. Posteriormente, con la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio²⁸¹, se ha modificado nuevamente el Código Penal de 1995, y con ella el Título VIII, incorporando el Capítulo II bis denominado “De los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años”, con la finalidad de incrementar la protección de las víctimas. En el Código Penal

²⁷⁸ GARCÍA RUÍZ MC. *Abordaje multidisciplinar del maltrato en las personas mayores. Maltrato a personas mayores en instituciones*. En: *Jornadas sobre maltrato a personas mayores*, pág. 1.

²⁷⁹ GUTIÉRREZ DÍEZ MP, MILLÁN DE LAS HERAS MJ. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria. *Pap.* 2000;2(8):81-100. REYES MARTÍN A. *Tipos, diagnóstico médico y valoración médico legal del maltrato en la infancia y la adolescencia. Maltrato físico*. En: *Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses*, págs. 359-385. *Protocolo sanitario ante los malos tratos*.

²⁸⁰ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, de 24 de noviembre de 1995, núm. 281, págs. 33987-34058.

²⁸¹ Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, de 23 de junio de 2010, núm. 152, págs. 54811-54883.

actual²⁸² se introducen modificaciones en este tipo de delitos contra la libertad sexual para llevar a cabo la transposición de la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la exploración sexual de los menores. Esta directiva obliga a los Estados miembros a endurecer las sanciones penales. Como novedad, se eleva la edad del consentimiento sexual a los 16 años, y establece agravaciones si, además, concurre violencia o intimidación, o si los abusos consisten en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. En el caso de menores de 18 años de edad, y mayores de 16 años, constituirá abuso sexual la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima. Además, se tipifica expresamente la conducta de hacer presenciar a un menor de 16 años actos o abusos sexuales sobre otras personas.

Los bienes jurídicos protegidos son el ejercicio de la sexualidad de forma libre, los derechos inherentes a la dignidad humana y la indemnidad e integridad sexual de las personas. En el Código penal se atiende de manera preeminente a la violencia o intimidación para diferenciar las agresiones de los abusos sexuales, y dentro de las primeras se configura el delito de violación, cuando el acceso carnal se realiza a través de la penetración por cualquiera de las tres vías (vaginal, anal o bucal), o por la introducción de miembros corporales u objetos por las dos primeras.

²⁸² Ley Orgánica 1/15, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, 31 de marzo de 2015, núm. 77, págs. 27061-27176.

Además, se verá incrementada la pena cuando concurren algunas circunstancias, tales como la violencia o intimidación de carácter particularmente degradante o vejatorio, total indefensión de la víctima, actuación conjunta, cuando existe una relación de parentesco, o cuando el agresor utilice medios especialmente peligrosos, o la comisión de los hechos en el seno de una organización o grupo criminal²⁸³. Al igual que en los casos de violencia en el ámbito familiar, son las mujeres y niños²⁸⁴ las víctimas por excelencia.

Los objetivos²⁸⁵ en estos casos, desde el punto de vista médico-legal, son: evidenciar los hechos (acto de naturaleza sexual), analizar las circunstancias (violencia, intimidación, medios utilizados, etc), obtener datos que permitan la identificación del autor y establecer las bases de su imputabilidad, y valorar la situación de la víctima (trastorno mental, privación de sentido, etc).

La pericia del médico forense se realizará en la víctima (anamnesis, examen médico, recogida de muestras para estudios biológicos, tratamiento y recogida de elementos de prueba), como en el agresor (anamnesis, inspección física, estudio sobre consumo de tóxicos e imputabilidad,

²⁸³ MORILLAS FERNÁNDEZ DL. *Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales*. En: MORILLAS CUEVA L. *Estudios sobre el código penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2015)*, pág. 451.

²⁸⁴ FUENTES CASTRO P. Violencia sexual en la infancia. Problemática médica y médico-legal. En: *Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses*, págs. 387-406.

²⁸⁵ GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. Delitos contra la libertad sexual. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 507.

exploración mental, entre otros), además del lugar de los hechos. A la exploración podrán objetivarse lesiones genitales o/y extragenitales²⁸⁶, y en estos casos es de especial importancia la toma de evidencias²⁸⁷ para facilitar la identificación del autor de los hechos, así como circunstancias consecuentes o favorecedoras de los mismos (trastorno mental, sumisión química²⁸⁸, enfermedades de transmisión sexual, etc.).

c) Victimización

Víctima²⁸⁹ es la persona que, individual o colectivamente, haya sufrido daños, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal.

Dependiendo de la naturaleza del delito, personalidad del sujeto y de las circunstancias concurrentes, se derivan diversas consecuencias del fenómeno victimizante. Así, se distingue la victimización primaria, que se centra en la experiencia individual de la víctima y en las diversas consecuencias perjudiciales producidas por el delito de carácter físico, económico, psicológico o social, es decir, el daño derivado directamente

²⁸⁶ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 316.

²⁸⁷ TORRES Y, ALER M, PLATA A, DOMÍNGUEZ A, SANZ P, GISBERT M. Factores que afectan al análisis biológico de las muestras de agresiones sexuales. *Cuad Med Forense*. 2007;13(47):45-56.

²⁸⁸ XIFRÓ A, BARBERÍA E, PUJOL A, ARROYO A, BERTOMEU A, MONTERO F, et al. *Sumisión química: guía de actuación médico-forense*. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(1):32-36.

²⁸⁹ MONTERDE FERRER, F., *Victimología. Proyecciones asistenciales prácticas*. En: *Cuadernos de derecho judicial: La victimología*, págs. 248-249.

del crimen²⁹⁰. Sin embargo, la victimología²⁹¹ también estudia la relación e interacción entre el criminal y la víctima, considerando los factores de riesgo por los que una persona puede convertirse, con más frecuencia que otras, en una víctima, o el papel que desempeña la víctima en el desencadenamiento de la acción delictiva (víctima inocente, imprudente, voluntaria, provocadora o simuladora)²⁹².

Por lo general, se confrontan los datos obtenidos por las diversas personas que intervienen durante la investigación de una agresión (médicos asistenciales, médicos legistas, fuerzas y cuerpos de seguridad, fiscales, jueces, servicios sociales, etc.), ya que participan y colaboran de forma conjunta, aunque actúan de forma independiente. Estas actuaciones pueden dar lugar a lo que se denomina victimización secundaria²⁹³, es decir, un aumento del daño causado por el delito a consecuencia de la relación de la víctima con el sistema jurídico-penal.

Existe una victimización terciaria²⁹⁴, que es la padecida por el delincuente, y se aplica también a situaciones patológicas del

²⁹⁰ BERISTAIN IPIÑA A. *¿La sociedad/ judicatura atiende a “sus” víctimas/ testigos?* En: *Cuadernos de derecho judicial: La victimología*, pág. 192.

²⁹¹ BONNET EFP. *Medicina legal*, págs. 1873-1876.

²⁹² SÁNCHEZ BLANQUE A. *Introducción a la criminología*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 915.

²⁹³ MONTERDE FERRER F. *Victimología. Proyecciones asistenciales prácticas*. En: *Cuadernos de derecho judicial: La victimología*, pág. 249.

²⁹⁴ GARCÍA-PABLOS DE MOLINA A. *El redescubrimiento de la víctima: victimización secundaria y programas de reparación del daño. La denominada “victimización terciaria” (El penado como víctima del sistema legal)*. En: *Cuadernos de derecho judicial: La victimología*, pág. 313.

funcionamiento del sistema legal en sus diversos ámbitos (policía, jueces, abogados, funcionarios, etc.), que ocasionan graves perjuicios al ciudadano. Se trata de una víctima institucional²⁹⁵ como resultado de unas estructuras sociales injustas que le abocan a la comisión de hechos delictivos y, por otra parte, la victimización del medio carcelario y jurisdiccional (error judicial o lentitud procesal) que, a veces, no se agota con la recuperación de la libertad.

1.2.5. Accidentes casuales

Son muy diversas las causas que pueden producir accidentes casuales con resultado de lesiones en el organismo, y es muy variado el tipo de individuo sujeto a ellas, pudiendo ser objeto de la emisión de un informe pericial.

Los accidentes casuales²⁹⁶ son debidos simplemente al azar, sin que medie intencionalidad, pero que por circunstancias laborales, circulación de vehículos, etc., se pueden derivar responsabilidades de terceros en la producción de las lesiones. Son ejemplos frecuentes las caídas, mordeduras de animales, accidentes domésticos o accidentes deportivos, entre otros. Respecto al tipo de lesiones y la manera de valorarlas, en la práctica se sigue el procedimiento de las lesiones causadas por agresiones o derivadas de hechos que transgreden la Ley.

²⁹⁵ MONTERDE FERRER F. *Victimología. Proyecciones asistenciales prácticas*. En: *Cuadernos de derecho judicial: La victimología*, págs. 252-253.

²⁹⁶ HERNÁNDEZ MEYER C, MONTES REYES J. *Exploración y evaluación básicas del lesionado en traumatología*. En: HERNÁNDEZ CUETO C. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesiones*, pág. 111.

1.3. MUERTES JUDICIALES

1.3.1. Concepto

Se entiende por muerte violenta la que sobreviene por causas ajenas a la normal fisiología o patología del organismo (en cuyo caso, se trataría de una muerte natural), pudiendo ser de etiología accidental si el mecanismo que provoca la muerte es fortuito, suicida en el que el mecanismo causante del óbito es originado por la propia víctima, y homicida cuando el mecanismo mortal es ocasionado por un tercero por acción, omisión o imprudencia²⁹⁷. Las muertes sospechosas de criminalidad²⁹⁸ son aquellas en las que a pesar de no existir violencia externa en el cadáver, bien por acontecer rápidamente en una persona aparentemente sana (muerte súbita), o bien porque las circunstancias de lugar y de tiempo impiden un diagnóstico preciso de la causa de la muerte, hacen preceptiva la autopsia para descartar o confirmar la intervención de una tercera persona.

Mención especial tienen las muertes en personas privadas de libertad²⁹⁹, en las que se incluyen no sólo las acontecidas en internos de centros penitenciarios, sino también las que sobrevienen durante una

²⁹⁷ MUÑIZ FERNÁNDEZ C, MUÑOZ GARRIDO R, NORIEGA DE CASTRO J, SALVAT PUIG J, VICENTE GONZÁLEZ S. *Medicina Legal*, pág. 565.

²⁹⁸ VILLANUEVA CAÑADAS E, CONCHEIRO CARRO L, SUÁREZ PEÑARANDA JM. *Problemas tanatológicos médico-legales*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 194.

²⁹⁹ LASSO EF, VARELA VL, PACHAR JV. *Muerte traumática de personas privadas de libertad: descripción de un caso*. *Cuad Med Forense*. 2009;15(58):303-308. PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V, SANTOS AMAYA IM. *Muerte en privación de libertad (MPL)*. *Cuad Med Forense*. 2004; (35):37-50.

detención o enfrentamiento con las fuerzas de seguridad, así como en aquellas personas ingresadas de forma involuntaria en centros psiquiátricos.

En la Ley de Enjuiciamiento Criminal³⁰⁰ además de quedar reconocida y establecida la figura y funciones del médico forense, se exige la práctica de la autopsia médico-legal en aquellos casos de muertes violentas o sospechosas de criminalidad. En la autopsia médico-legal³⁰¹ se investigan lesiones o alteraciones anatomo-patológicas cuya comprobación va a servir para ayudar al esclarecimiento de la causa de la muerte en un caso jurídico, y además, para aportar datos que permiten identificar al autor, etiología, y circunstancias del fallecimiento de una persona. La investigación médico-legal de la muerte se basa en tres fuentes de información: los antecedentes, las circunstancias y los hallazgos de autopsia, incluidos todos los estudios complementarios³⁰².

1.3.2 Levantamiento de cadáver

El levantamiento de cadáver consiste en el examen del cadáver en el propio lugar del hecho, o donde se ha encontrado el cuerpo. Se considera el inicio de la autopsia judicial, y su objetivo³⁰³ es comprobar la realidad de la

³⁰⁰ Ley de Enjuiciamiento Criminal, arts. 340 y sigs.

³⁰¹ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 276.

³⁰² PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V. *Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver. Propuesta de documento*. Cuad Med Forense. 2004;(36):42-43.

³⁰³ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Autopsia médico-legal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 223.

muerte, determinar la data y el mecanismo mortal, así como identificar el lugar donde se produjeron las lesiones y la muerte (traslado de cadáver, múltiples escenas, etc.), precisar si el cuerpo fue movilizadado tras el óbito, y tomar los vestigios del cadáver que pudieran perderse o deteriorarse durante el transporte³⁰⁴. Para la diligencia de la inspección ocular, se constituye la comisión judicial, integrada por el juez instructor, el secretario y el médico forense³⁰⁵, no obstante, y a tenor del apartado 6 del artículo 778 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el juez instructor podrá autorizar al médico forense que asista en su lugar al levantamiento de cadáver, adjuntando en las actuaciones un informe que incorporará una descripción detallada del estado del finado, identidad y circunstancias de la muerte, especialmente aquellas que tuviesen relación con el hecho punible.

El examen del lugar de los hechos es de excepcional importancia, especialmente en casos de muertes violentas, ya que frecuentemente quedan indicios, que junto con otros datos (policiales, resultados de la autopsia y otras pruebas complementarias, entre otros), facilitarán información que permita reconstruir los hechos violentos causantes de la muerte.

En resumen, durante la diligencia del levantamiento de cadáver, el médico forense estudiará, en primer lugar, el cuerpo, comprobando los signos de muerte cierta, los fenómenos cadavéricos, y observará si existen

³⁰⁴PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V. *Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver. Propuesta de documento*. Cuad Med Forense. 2004;(36):45.

³⁰⁵ GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 279.

huellas de violencia, tanto en las ropas como en la superficie corporal, así como cualquier otra alteración que pudiera estar en relación con la causa de la muerte³⁰⁶. Deberá anotar la posición en la que se encuentra el cuerpo, determinar si ha sido movilizado, por quién y por qué motivos (alteración de la escena de un crimen, asistencia médica, etc.), y precisar el sitio exacto en el que está, anotando la distancia con respecto a objetos, bien a través de gráficos o fotografías. Posteriormente, el médico forense examinará los alrededores inmediatos en busca de otros indicios, ya sean de tipo biológico, o datos (marcadores de la escena) que ayuden a determinar las circunstancias del óbito³⁰⁷ (presencia de larvas, correo, para la data, fármacos para establecer la etiología de la muerte o antecedentes del sujeto, por ejemplo).

1.3.3. Autopsia médico-legal

En la práctica de la autopsia médico-legal, se distinguen dos estudios que se complementan, el examen externo del cadáver y el examen interno, obducción o autopsia propiamente dicha.

El examen externo comprende la inspección detallada y meticulosa del cadáver, y permite la obtención de datos tales como signos relativos a la identificación del cadáver (edad, talla, sexo, tatuajes, cicatrices, color del pelo y del iris, etc.), signos relativos a la data de muerte (fenómenos

³⁰⁶ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Autopsia médico-legal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 223.

³⁰⁷ PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V. *Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver. Propuesta de documento*. Cuad Med Forense. 2004;(36):45-47.

cadavéricos), signos en relación a la causa de la muerte (lesiones traumáticas y signos externos de procesos patológicos espontáneos), o signos en relación al medio en el que ha permanecido el cuerpo (procesos de conservación del cadáver: momificación, saponificación y maceración, entre los más frecuentes).

El examen interno del cadáver requiere conocer las técnicas adecuadas y disponer del material mínimo necesario, así como un local apropiado, para poder garantizar unos estudios y resultados idóneos en el asesoramiento de la autoridad judicial. La autopsia debe de ser completa, metódica, sistemática e ilustrativa³⁰⁸, sin embargo, en la práctica y para evitar “autopsias a ciegas”³⁰⁹ que obligaría a realizar todos los exámenes posibles en el cadáver, el médico forense y considerando información previamente obtenida (inspección ocular, antecedentes médicos, examen externo, entre otros), se centra en las cuestiones más relevantes atendiendo al hecho concreto, sin omitir ninguna observación.

El orden³¹⁰ seguido habitualmente es el siguiente: raquis, cráneo, cuello, tórax, abdomen, aparato génito-urinario y extremidades. Existen autores³¹¹ que en determinadas circunstancias, como son autopsias de

³⁰⁸ BONNET EFP. *Medicina Legal*, pág. 342.

³⁰⁹ PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V. *Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver. Propuesta de documento*. Cuad Med Forense. 2004;(36):43.

³¹⁰ GISBERT CALABUIG JA, VERDÚ PASCUAL FA. *Autopsia médico-legal*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 225.

³¹¹ COBO PLANA JA, ASO ESCARIO J, GARFIA GONZÁLEZ A, FARIÑA GONZÁLEZ F. Elección del tipo de autopsia forense I. Autopsia mínimamente invasiva. Cuad Med Forense; 2000;20:5-16

confirmación, autopsias de bajo contenido forense (acompañante de un accidente de tráfico, por ejemplo), autopsias con elevado contenido emocional (catástrofes), autopsias de interés clínico o autopsias con alto riesgo (VIH, Hepatitis C, etc.), aprueban otras técnicas o pruebas que permiten la obtención de información, e incluso de muestras, con técnicas mínimamente invasivas, como es la ecografía (“ecopsia”³¹²), endoscopia cadavérica (“endopsia”), o técnicas radiológicas (“radioscopia”), que en conjunto se han venido a denominar “virtopsias”³¹³, pudiendo utilizarse además en persona viva.

1.3.4. Exámenes complementarios

Durante el levantamiento y exploración del cadáver pueden obtenerse diversos tipos de muestras (biológicas, objetos variados, medicamentos, ropas, entre otros) que podrán ser objeto de estudios complementarios para completar y confirmar los datos e información de los que se dispone hasta el momento. Las técnicas que pueden utilizarse son muy variadas (investigación químico-toxicológica, técnicas histopatológicas y tanatoquímicas, estudios microbiológicos y experimentales de toxicidad, estudios criminalísticos: DNA, restos de explosivos, etc.), con la peculiaridad de que las muestras recogidas en cadáver son finitas (en el sentido que no pueden volverse a obtener), y en

³¹² MILLANA DE YNES C. *La autopsia ecográfica (ecopsia) como exploración complementaria para el médico forense*. En: *Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses*, págs. 697-721.

³¹³ ASO J et al. *Virtopsia. Aplicaciones de un nuevo método de inspección corporal no invasiva en ciencias forenses*. *Cuad Med Forense*. 2005;11(40):95-106.

cantidades y condiciones no siempre idóneas. Entre los organismos médico consultivos de la Administración de Justicia, se encuentra el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, centro técnico y auxiliar adscrito al Ministerio de Justicia, donde se remiten los indicios para su estudio. Se establecen las normas de envasado y remisión de las muestras, así como la información requerida en la Orden del Ministerio de Justicia de 19 de mayo de 2010³¹⁴.

³¹⁴ Orden del Ministerio de Justicia 1291/2010, de 13 de mayo de 2010, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. *BOE*, de 19 de mayo de 2010, núm. 122, págs. 43459- 43498.

1.4. INCAPACIDAD JUDICIAL

1.4.1. Concepto de personalidad y de capacidad de obrar

Se define la persona, en el terreno jurídico, como todo ser capaz de derechos y de obligaciones. La facultad intrínseca del hombre que le convierte en sujeto de Derecho se llama capacidad jurídica³¹⁵. Esta capacidad corresponde a todo hombre por el derecho de serlo y se confunde con el concepto de personalidad³¹⁶.

La doctrina jurídica distingue entre capacidad jurídica y capacidad de obrar. La capacidad jurídica no es sino la aptitud o idoneidad para ser sujeto de derechos y de obligaciones. La capacidad de obrar supone la aptitud para realizar o ejecutar eficazmente actos jurídicos.

En Derecho Civil³¹⁷ se establece de modo contundente que nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial, y ello en virtud de las causas establecidas en la Ley. Así pues, toda persona es plenamente capaz, si bien esta capacidad está limitada en algunos casos, como es la minoría de edad, donde para actuar, para ejercitar sus derechos, el sujeto necesita el auxilio de otra u otras personas: padres, tutor, etc., e incluso, a veces, la aprobación o la autorización judicial de los negocios que le afecten patrimonialmente.

³¹⁵ BONNET EFP. *Medicina Legal*, vol. II, pág. 1747.

³¹⁶ GISBERT CALABUIG JA. *Concepto médico legal de personalidad y de capacidad de obrar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 970.

³¹⁷ Código Civil, arts. 199 y sigs.

El nacimiento determina la personalidad, adquiriéndose en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno³¹⁸. La capacidad jurídica se atribuye a la persona por el mero hecho de serlo³¹⁹. Históricamente esto no ha sido siempre de esta manera, y hay casos de personas que, no obstante serlo, les fue negada la personalidad jurídica, siendo el ejemplo mas clásico el de los esclavos referidos por el Derecho Romano³²⁰.

Frente al estático concepto de personalidad y capacidad jurídica, se encuentra el concepto de capacidad de obrar³²¹, que significa que una persona es capaz no sólo de ser titular de derechos y obligaciones, sino de ejercerlos a la mayor edad. En el Código Civil³²² se establece que la mayoría de edad empieza a los dieciocho años cumplidos y además dispone que para el cómputo de los años de la mayoría de edad se incluirá completo el día del nacimiento. El mayor de edad es plenamente capaz para todos los actos de la vida civil salvo las excepciones que plenamente puedan establecer las leyes.

³¹⁸ Ley 20/11, de 21 de julio del Registro Civil. *BOE*, de 22 de julio de 2001, núm. 175, págs. 81468-81502.

³¹⁹ LANGELÜDDEKE A. *Psiquiatría forense*, pág. 284.

³²⁰ LOPEZ-FANDO JR. *La imputabilidad como causa de incapacidad civil y penal*. En: MARTINEZ CALCERRADA. *Derecho médico*, vol. I, pág. 350. CARRASCO GÓMEZ JJ, MAZA MARTÍN JM. *Manual de psiquiatría legal y forense*, II, págs. 9-10.

³²¹ CARRASCO GÓMEZ JJ, MAZA MARTÍN JM. *Manual de psiquiatría legal y forense*, II, págs. 9-10.

³²² Código Civil, art. 315.

No obstante lo expuesto, el menor de edad, puede realizar actos con trascendencia jurídica en lo relativo a contraer matrimonio, adopción, emancipación, reconocimiento de hijos, otorgar testamento, etc.³²³

Los elementos integrantes de la capacidad, desde el punto de vista médico-legal, son una suma de conocimientos acerca de los derechos y deberes sociales y de las reglas de la vida en sociedad, un juicio suficiente para aplicarlos en un caso concreto, y la firmeza de voluntad precisa para disponer una libre decisión. Estos elementos, desde el punto de vista práctico pueden reducirse a dos: la inteligencia y la voluntad necesarias para obrar con conocimiento en un determinado momento³²⁴.

Diversas circunstancias pueden conducir a que un menor que llegue a la mayoría de edad no reúna los requisitos necesarios para la capacidad de obrar al no poseer, o poseer incompletamente, los elementos integrantes de aquella. De análoga manera, un mayor de edad que adquirió en su momento la capacidad civil plena puede perderla si en el curso de la vida llegan a anularse las condiciones que integran la aptitud para obrar con eficacia jurídica³²⁵.

³²³ LOPEZ-FANDO JR. *La imputabilidad como causa de incapacidad civil y penal*. En: MARTINEZ CALCERRADA. *Derecho médico*, vol. I, pág. 351.

³²⁴ LOPEZ GOMEZ L, GISBERT CALABUIG JA. *Tratado de medicina legal*, tomo II, págs. 319-320.

³²⁵ GISBERT CALABUIG JA. *Concepto médico legal de personalidad y de capacidad de obrar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 971.

1.4.2. Regulación legal de la declaración de incapacidad

En el Código Civil³²⁶ y en la Ley de Enjuiciamiento Civil³²⁷ se han regulado las condiciones, requisitos y procedimientos que hay que seguir para declarar la incapacidad de una persona, así como las medidas necesarias para la adecuada protección del incapaz y de su patrimonio.

En el artículo 200 del Código Civil se establece que son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a una persona gobernarse por si misma.

En el artículo 756 de la Ley de Enjuiciamiento Civil se determina que será competente, para conocer de las demandas sobre la capacidad y declaración de prodigalidad, el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

La legitimación en los procesos de incapacitación esta recogida en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, estableciendo que:

- La declaración de incapacidad pueden promoverla el presunto incapaz³²⁸, su cónyuge o quien se encuentre en una situación asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz.

³²⁶ Código Civil, arts. 199 y sigs.

³²⁷ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *BOE*, de 8 de enero de 2000, núm. 7, arts. 756 y sigs.

³²⁸ Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa Tributaria con esta finalidad. *BOE*, de 19 de noviembre de 2003, núm.277, art. 14.

- El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
- Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
- No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

La Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 758, regula cómo el presunto incapaz puede comparecer en el proceso con su propia defensa y representación. En el artículo 759 determina las pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación, en el artículo 760 establece que la sentencia que declare la incapacitación determinara su extensión y límites así como el régimen de tutela o guarda, y también sobre la necesidad de internamiento. El otorgar al Juez facultades para determinar la extensión y límites de la incapacidad permite una individualización de las medidas, redundando este hecho en beneficio de la persona a incapacitar.

En el artículo 761 se posibilita la reintegración de la capacidad y la modificación del alcance de la incapacitación cuando sobrevengan circunstancias que así lo determinen. También se especifican, en el artículo 762, las medidas cautelares adoptables de oficio por el tribunal para proteger al presunto incapaz y a su patrimonio.

1.4.3. Causas de incapacitación

Las enfermedades y las deficiencias mentales constituyen, sin género de dudas, las causas que de manera directa modifican la capacidad de goce y ejercicio de los derechos civiles, pues en la mayoría de dichas situaciones existe una limitación para la realización de algunos o todos los actos jurídicos. Lo esencial no es padecer una determinada enfermedad o deficiencia mental, sino sufrir una alteración mental que por sus características tenga repercusiones jurídicas sobre la capacidad de obrar de la persona afectada. Este estado mental debe caracterizarse por:

- La existencia de un trastorno psíquico, cuya naturaleza y profundidad sean suficientes para justificar dichas repercusiones.
- Permanencia o cronicidad del mismo.
- Que, como consecuencia de dicho trastorno, la persona presenta limitaciones para proveer a sus propios intereses.

Se basa en un criterio psicopatológico, en un criterio cronológico y en un criterio jurídico, y sólo la reunión de los tres criterios justifica una declaración de incapacidad³²⁹.

También se debe hacer referencia a situaciones de personas que presentan algunas rarezas en su comportamiento y la familia solicita, ante el Juzgado correspondiente, la declaración de incapacidad y, tras un reconocimiento pericial se informa que la persona objeto de reconocimiento posee capacidad para gobernar su persona y sus bienes, con lo que el Juzgado desestima la incapacitación. El perito debe extremar sus conocimientos y sus exámenes con toda minuciosidad y reflexión, tomándose todo el tiempo necesario para la realización del estudio³³⁰.

1.4.4. La incapacitación en las deficiencias y en las enfermedades mentales

Considerando que las situaciones que pueden motivar una demanda de incapacitación pueden ser múltiples y diversas, se procede a exponer las más habituales en la práctica médico-legal.

a) Oligofrenia

Los oligofrénicos en grado de retraso mental moderado, grave y profundo suelen presentar limitaciones permanentes y totales para las

³²⁹ GISBERT CALABUIG JA. *Concepto médico-legal de personalidad y capacidad de obrar*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina legal y toxicología*, pág. 972.

³³⁰ RIÚ JA, TAVELLA DE RIÚ G. *Psiquiatría forense*, pág. 348.

habilidades jurídicas, como son la contratación, tutela, aceptación de donaciones, testamentificación, matrimonio, etc. En cuanto al retraso mental leve, hay que hacer un estudio detenido de la persona, precisando no sólo su nivel de inteligencia, sino también sus capacidades en la vida diaria y su conducta, comprobando si presenta trastornos de la personalidad, y la importancia y dirección de sus síntomas productivos. Si su trastorno es evidente y perjudicial, se hace necesario limitar su capacidad en algún ámbito, que suele ser la administración de sus bienes, la contratación, la testamentificación, etc³³¹.

b) Demencia

Las demencias están consideradas por el DSM V (331.83)³³² como trastornos neurocognitivos especificados pero dada su importancia en los procesos de incapacitación se exponen de forma individualizada.

Si la capacidad civil de una persona es cuestionada en función de un diagnóstico de demencia, el diagnóstico clínico deberá basarse en un estudio completo de las funciones psíquicas fundamentales, práctica de test psicométricos y de otra índole, y la realización de exploraciones complementarias: electroencefalograma, tomografía axial computerizada, resonancia magnética nuclear, análisis bioquímicos, etc³³³. Cuando el

³³¹ MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R., *Psiquiatría Forense*, pág. 165.

³³² DSM V, pág. 602.

³³³ CACABELOS R. *Demencia senil*. *Jano*. 1989;36(851):778-787.

diagnóstico clínico del síndrome demencial es ostensible, la persona afectada es completamente incapaz.

Cuando el deterioro mental es discreto, deberá hacerse constar y proponer en qué cuestiones debe ser incapacitado el sujeto. Del mismo modo se procederá si, a pesar del curso rápidamente demenciante, la persona no presenta en el momento del reconocimiento una pérdida total de sus facultades, teniendo en algunos casos que esperar a un nuevo reconocimiento para ampliar la incapacidad.

Otras cuestiones por las que se puede requerir la pericia del médico forense, es la necesidad de informar sobre el estado de una persona que ya falleció. En este caso será imprescindible examinar las historias clínicas y los protocolos de exploración de los centros y de los hospitales donde hubiera podido estar internado el sujeto, analizando la totalidad de las pruebas complementarias realizadas, siempre en documentación íntegra y original³³⁴.

c) Psicosis esquizofrénica

Sin duda alguna este trastorno compromete el autogobierno y la autonomía personal y social, si bien no siempre de la misma manera³³⁵. La acción de los psicofármacos en el tratamiento de la esquizofrenia, y los buenos resultados que se logran con un tratamiento sostenido, ha dado

³³⁴ MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, págs. 189-190.

³³⁵ CARRASCO GÓMEZ JJ, MAZA MARTÍN JM. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, III, págs. 22-32.

lugar a que la situación jurídica civil de las personas con esta patología mental deba ser considerada de forma individualizada y flexible. En general, la pérdida de la capacidad de obrar es directamente proporcional a la intensidad o profundidad del trastorno esquizofrénico.

En principio, cuando se presume que el brote esquizofrénico será de corta duración no debe procederse a la incapacitación del enfermo. En algunas formas, como la esquizofrenia simple, la alteración de las facultades mentales no es aparatosa, sino lentamente progresiva, y sólo en un estado muy avanzado puede pensarse en una incapacitación absoluta. Por ejemplo, en la forma catatónica la persona está absolutamente encapsulada en sí misma, con total desconexión del mundo exterior y no es capaz, por tanto, de realizar acto jurídico alguno.

De todos modos, en cualquier forma clínica, cuando los brotes de la enfermedad son frecuentes, prolongados e intensos, es recomendable la limitación, total o parcial, de su capacidad jurídica y, una vez pasado el periodo álgido, proceder a la recapacitación de la persona si ha recuperado totalmente o casi totalmente la normalidad de sus funciones psíquicas. Cuando la persona ha llegado a la situación de demencia esquizofrénica su incapacidad es total e inmodificable³³⁶.

³³⁶ MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, pág. 221.

d) Trastornos afectivos o del estado de ánimo

Los criterios suelen diferir en la manía y en la depresión. Así, en la manía es preciso tramitar la incapacitación de la persona en términos generales, pues en el terreno económico es frecuente un perjuicio grave de sus intereses por la enfermedad. Tal medida será mas o menos necesaria según la situación socioeconómica de la persona. Otros criterios que deben tenerse en consideración son la tendencia a la cronicidad y repetición frecuente de ciclos, la negativa a someterse a control médico y tratamiento, así como la existencia previa de actos peligrosos demostrados³³⁷.

En la depresión la necesidad de incapacitación es escasa, la persona no suele realizar actos civiles perjudiciales y, además, tiene menor tendencia a la cronicidad³³⁸.

e) Paranoia y otros trastornos delirantes sistematizados

El paranoico procede con bastante normalidad fuera de lo que es el motivo de su delirio. Lo más lógico es establecer una incapacitación restringida para aquellos ámbitos jurídicos que se encuentren en mas clara relación con su pensamiento delirante. Son el contenido del delirio y sus actuaciones lo que deberá inclinar o no por la incapacitación. Los paranoicos, fuera de su delirio, puede que actúen con bastante normalidad y sería excesivo incapacitarles de forma absoluta y general.

³³⁷ HINOJAL FONSECA R. *Manual de Medicina Legal y Toxicología*, pág. 566.

³³⁸ MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, pág. 249.

Los peritos médicos deben ser muy prudentes cuando informen en los expedientes de incapacitación de este tipo de personas, por ello debe valorarse con sumo cuidado la intensidad del trastorno, la afectación de los diversos componentes de la personalidad psíquica, su influencia en la conducta del sujeto, la cuantía de los intereses que hay que salvaguardar y las posibles repercusiones civiles³³⁹.

f) Epilepsia

La epilepsia *per se* y de un modo general no debe ser motivo para la incapacitación de la persona. El epiléptico es capaz de regirse socialmente y administrar sus bienes y cumplir dentro de la familia con sus deberes civiles. La incapacitación ni es aconsejable ni, de hecho, viable como norma general. Sólo la existencia de una demencia o la asociación con otros trastornos puede ser causa de incapacitación³⁴⁰.

g) Neurosis

Las neurosis no tienen ninguna influencia modificadora de la capacidad civil. En las neurosis no se afecta ni la inteligencia ni la voluntad y, por ello, todos los actos civiles pueden ser ejecutados sin menoscabo alguno. Sin embargo, debe matizarse que en aquellas situaciones o trastornos que puedan conducir a estados crepusculares de cierta duración,

³³⁹ GISBERT CALABUIG JA, SÁNCHEZ BLANQUE A. *Psicosis endógenas*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*, págs. 1022-1023.

³⁴⁰ BONNET EFP. *Medicina Legal*, vol. II, pág. 1670 a 1671. MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, pág. 284.

o que den lugar a impulsos patológicos que pongan en peligro el patrimonio personal o familiar de la persona, deben adoptarse las adecuadas medidas cautelares que protejan sus bienes³⁴¹.

h) Trastornos de personalidad

En la práctica, pocas veces se plantea el problema de la incapacitación. Debe estudiarse en aquellos casos en que la manifestación de la psicopatía es una toxicomanía o una prodigalidad, y siempre con la finalidad de evitar males para la propia persona, sus familiares o la sociedad. En cualquier caso, se procurará que la limitación jurídica de su capacidad sea selectiva: para la administración de bienes, patria potestad, etc.

En los casos de trastorno antisocial de la personalidad, la incapacitación debe tomarse en consideración cuando el trastorno produce una total y permanente limitación para la vida social. Las posibilidades de incapacitación se incrementan si en el individuo coexiste un defecto intelectual, único caso en que podrá valorarse la posibilidad de una incapacitación total y permanente³⁴².

³⁴¹ GISBERT CALABUIG JA, SÁNCHEZ BLANQUE A. *Neurosis*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*, pág. 1051.

³⁴² MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, pág. 371.

i) Abuso de tóxicos: drogodependencias

En general, los toxicómanos no tienen afectada su capacidad civil, poseyendo los instrumentos psíquicos necesarios para gobernarse por sí mismos y realizar toda clase de actos civiles con plena validez.

Debe exceptuarse de esta regla general las situaciones en las que exista una tendencia desmesurada al despilfarro económico que da lugar a verdaderos desastres y ruinas patrimoniales que afectan a todo el entorno familiar. En estos supuestos deben adoptarse medidas principalmente en el gobierno de sus bienes con el fin de protegerlos. También en aquellos casos en que la decadencia mental sea lo suficientemente grave se iniciará un proceso de incapacitación total³⁴³.

j) Trastornos mentales orgánicos

Dado el amplio abanico de trastornos orgánicos que pueden dar lugar a déficits mentales, hay que observar su evolución y afectación en la capacidad civil de forma individualizada. En unos casos será necesario adoptar medidas de tipo parcial a los efectos de proteger su patrimonio, mientras que en otros la incapacitación será total porque la alteración psíquica sea permanente y limitante para el gobierno de la persona y sus bienes³⁴⁴.

³⁴³ GISBERT CALABUIG JA, SÁNCHEZ BLANQUE A. *Trastornos mentales orgánicos*. En: GISBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*, pág. 1001.

³⁴⁴ MARCÓ RIBÉ J, MARTÍ TUSQUETS JL, PONS BARTRÁN R. *Psiquiatría Forense*, págs. 310-311.

1.4.5. Medidas legales para la protección de los incapaces

Las medidas que pueden adoptarse, de acuerdo con la legislación española, para la adecuada protección de los incapaces son:

a) Tutela

El término tutela significa amparo, protección, custodia, ayuda, orientación, defensa y dirección. La tutela son medidas protectoras que el Derecho Civil establece para asegurar la guarda de las personas que no pueden hacerlo por si mismas y la justa administración de su patrimonio.

La normativa vigente establece como paso previo a la constitución de una tutela la declaración de incapacidad de la persona mediante sentencia judicial, donde deberá declararse la extensión y límites de la incapacidad, así como el régimen de tutela a que debe quedar sometido la persona incapacitada. El tutor nombrado por el juez representa al incapaz y actúa en su nombre. Responde de los bienes patrimoniales del tutelado y debe rendir cuentas periódicamente.

b) Curatela

La curatela como institución jurídica se remonta a Las Partidas. Sin embargo, había llegado a desaparecer de nuestro ordenamiento jurídico siendo nuevamente restaurada por la Ley de Reforma del Código Civil de 1983³⁴⁵.

³⁴⁵ Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. *BOE*, de 26 de octubre de 1983, núm.256, págs. 28932-28935.

La curatela es realmente una tutela patrimonial que restringe la capacidad de disposiciones de la persona con el fin de salvaguardar su patrimonio. El Código Civil³⁴⁶ establece que esta figura jurídica se establecerá por sentencia judicial en:

- Los emancipados cuyos padres fallecieren o quedaran impedidos para el ejercicio de la asistencia prevenida por la Ley.
- Los que obtuvieren el beneficio de mayor edad.
- Los declarados pródigos.

Las personas a quienes en sentencia judicial de incapacitación o, en su caso, la resolución judicial que la modifique coloquen bajo esta forma de protección será siempre en atención a su grado de discernimiento.

c) Defensor judicial

Esta figura jurídica representa el medio de amparo y defensa de las personas presuntamente incapacitadas, o que ya lo están por sentencia judicial, cuando existe conflicto entre estas personas y sus representantes legales, o en los supuestos en los que el curador o tutor no desempeñen las funciones encomendadas. El juez podrá nombrar para este cargo a la persona que considere más idónea.

³⁴⁶ *Código civil*, arts. 286-287.

2. JUSTIFICACIÓN

La pericia del médico forense, adscrito antes a un Juzgado o a los Institutos de Medicina Legal en la actualidad, es muy variada. No obstante, dentro de sus funciones más frecuentes, destacan la valoración del daño corporal, la exploración de incapaces y el esclarecimiento de las causas del óbito encaminado a descartar la participación de terceros, fundamentalmente en casos de muertes violentas o sospechosas de criminalidad.

Muchos de los trabajos relativos a la actuación médico-legal en España se refieren a estudios de una pericia en concreto, siendo lo más habitual el análisis de las muertes judiciales, principalmente de etiología suicida y accidental. También han sido muy estudiadas las lesiones de interés médico-legal que son frecuentes en la práctica diaria, o aquellas que constituyen casos especiales y son susceptibles de estudio precisamente por su peculiaridad. Sin embargo, son escasas las publicaciones que abordan la pericia médico-legal en su conjunto y en periodos de tiempo prolongados.

La creación de los Institutos de Medicina Legal y la implementación de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en el quehacer diario del médico forense. Además, estas mejoras tecnológicas facilitan la recogida y el análisis de datos para la realización de trabajos de esta naturaleza, siendo mucho más difícil la obtención de información en etapas anteriores.

Por otra parte, en la provincia de Salamanca no existe ningún estudio hasta la fecha que aborde la práctica profesional del médico forense en su globalidad y referido a un amplio periodo temporal, motivo por el que se cree conveniente el estudio propuesto.

Finalmente, los resultados obtenidos pueden aportar información de interés, no sólo de carácter descriptivo que permite conocer la frecuencia y las peculiaridades de la actuación practicada por el médico forense, si no también que resulte útil para fines predictivos y preventivos.

3. OBJETIVOS

En este trabajo de tesis doctoral se ha realizado un estudio observacional descriptivo de las pericias más frecuentes durante quince años en el Partido Judicial de Ciudad Rodrigo, inmediatamente anteriores a la creación de los Institutos de Medicina Legal, y cuyo objetivo general consiste en conocer la casuística del daño corporal y analizar las causas de incapacitación y de muertes judiciales en el mencionado Partido Judicial en los años comprendidos entre 1989 y 2003. Los objetivos específicos del presente estudio han sido:

1º. Conocer las características socio-demográficas de las personas que motivan la actuación médico-legal: edad, sexo y lugar de procedencia.

2º. Obtener información acerca de las lesiones: mecanismo de producción, su localización, gravedad, y las variables necesarias para la emisión del documento médico-legal de sanidad.

3º. Investigar la mortalidad de interés judicial: etiología médico-legal de la muerte, lugar y momento en que acontece, las causas que ocasionan el óbito y la práctica de exámenes complementarios.

4º. Estudiar las patologías que originan una incapacidad judicial y su repercusión en las habilidades de las personas para su gobierno y el de sus bienes.

5º. Relacionar diversas variables de interés médico-legal en cada tipo de actuación del médico forense y establecer su significación estadística.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. FUENTE Y RECOGIDA DE DATOS

Los datos utilizados en este trabajo corresponden a las pericias efectuadas por el médico forense adscrito a los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción, número 1 y 2 de Ciudad Rodrigo, y en algunos casos al médico forense sustituto del titular o de refuerzo. Estas actuaciones obran en las diligencias previas, juicios de faltas, sumarios y procedimientos civiles de incapacitación de los dos juzgados de Primera Instancia e Instrucción del Partido Judicial.

La mayor parte de los datos se han obtenido del archivo personal que el médico forense titular de los citados juzgados elaboró y mantuvo en el tiempo, donde registraba toda la información y circunstancias médico-legales más relevantes de cada caso. Este archivo contiene registros desde octubre de 1988, momento en el que tomó posesión de la plaza titular de médico forense. Por ello, aunque este estudio se refiere a quince años completos de actuación desde 1989 hasta 2003, ambos inclusive, se ha considerado oportuno incorporar la información desde la creación de la base de datos personal.

Además, se ha completado esta revisión consultando el Registro General de Asuntos Criminales, libros de Diligencias Previas y Juicios de Faltas de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción número 1 y 2 de Ciudad Rodrigo, para algunos asuntos entre los años estudiados. Se ha anotado el número de todos los expedientes donde figurase cualquier tipo de muerte o lesión. Igualmente, se han revisado los libros de Asuntos

Civiles del mismo periodo para recoger los expedientes de incapacidad. Se han separado del Archivo tales expedientes, y buscado en ellos todos los datos referentes al sujeto o al asunto, valiéndose para ello del informe médico forense de autopsia, los resultados de las pruebas complementarias llevadas a cabo en el Instituto Nacional de Toxicología de Madrid, el Certificado de Defunción, el Certificado de Nacimiento, el Acta de Levantamiento de Cadáver, declaraciones diversas e informes elaborados por los equipos policiales, generalmente de la Guardia Civil. Se ha contado para ello con la colaboración de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Ciudad Rodrigo que han permitido el acceso a la documentación de los diversos procedimientos judiciales.

Los datos necesarios se recopilaron utilizando una base de datos diseñada al efecto en el programa Excel de Microsoft. Posteriormente fueron exportados al programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), en su versión 23 para Macintosh para su análisis y tratamiento, disponible on-line en la Universidad de Salamanca. Las tablas y gráficas han sido diseñadas usando el programa Numbers que después se han incorporado al texto de esta memoria, elaborado con el programa Pages, formando ambos parte del paquete ofimático iWork'09 de Apple.

4.2. VARIABLES ESTUDIADAS

Los datos recogidos para este estudio se refieren a 1841 lesionados, 320 fallecidos y 198 expedientes de incapacitación. En cada grupo se han tomado datos de las variables de la persona (sexo, edad, procedencia), en relación con la cronología del hecho (año, mes, día de la semana) y datos de variables relativas a las cuestiones médico-legales que son específicas de cada tipo de actuación médico-legal. Para facilitar el estudio estadístico, se procede a agrupar algunas variables, así la edad se divide en tramos de diez años, y para la procedencia se hacen cuatro grupos: las personas de la provincia de Salamanca, del resto de Castilla y León, de otras comunidades españolas y las que provienen del extranjero.

4.2.1. Lesiones

De forma pormenorizada, las variables estudiadas en los lesionados son: edad, sexo, procedencia del lesionado, profesión, año del hecho, mes, día de la semana, año del informe médico-legal, mecanismo de la lesión, tipo de lesión, localización topográfica de la lesión, número de partes realizados, tiempo de curación, días improductivos, necesidad de tratamiento médico y existencia de secuelas.

En cuanto a la profesión, constan: estudiante, ama de casa, agricultor/ ganadero, autónomo, trabajador del sector servicios, trabajador en el ámbito de la construcción, pensionista, funcionario, desempleado, trabajo en el campo de la hostelería, y personas pertenecientes a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Se ha considerado estudiante a todos los

menores de 16 años por ser ésta la edad mínima para trabajar. En la ocupación “amas de casa” se incluyen las mujeres que se definen como tal personalmente y aquellas que carecen de empleo y así se identifican. Los pensionistas son personas jubiladas, o bien, que reciben una pensión estatal independientemente del motivo (invalidez, en términos generales). Se hace mención aparte a los servicios de hostelería, diferenciándolos del grupo profesional “servicios”, debido a su frecuencia. El grupo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se refiere a personas pertenecientes al Cuerpo de la Guardia Civil, Cuerpo Nacional de Policía, Policía Local, así como trabajadores de empresas privadas de seguridad. Dentro de la ocupación “funcionario” se incluyen los trabajadores de los distintos organismos públicos (Ministerios, Ayuntamiento, Diputación, etc.).

En cuanto al mecanismo lesional, se diferencian las agresiones, accidentes de tráfico, accidentes casuales, accidentes laborales, lesiones autolíticas, agresiones sexuales, violencia doméstica y las exploraciones a detenidos que alegan lesiones, bien en el momento del hecho delictivo, o bien en el momento de la detención. En el epígrafe de agresiones se incluyen aquellas producidas por el uso de la fuerza corporal, así como las ocasionadas por uso de cualquier otro objeto, incluidas las provocadas por arma de fuego y arma blanca. Respecto al mecanismo lesional denominado “violencia doméstica”, hace referencia a las agresiones hacia cualquier miembro del núcleo familiar y a la violencia de género (violencia dirigida expresamente a la mujer). Los accidentes laborales hacen mención no sólo a los que acontecen en el lugar de trabajo, sino también, *in itinere*. Las

agresiones sexuales se refieren a aquellas exploraciones realizadas con motivo de sospecha o denuncia de un abuso o agresión sexual, pudiendo cursar con lesiones o sin ellas.

Cada persona padece una lesión concreta en cuanto al tipo y la localización, motivo por el que se han agrupado para facilitar su estudio. Según el tipo de lesión, se clasifican en: superficial (que incluye contusiones y erosiones, principalmente), fractura/luxación, lesión ligamentosa, herida, quemadura, lesión psíquica, intoxicación, sexual (referida a actos de índole sexual, como la penetración genital, que en ocasiones no cursa con daño corporal), lesiones de múltiples tipos, y ninguna constancia de lesión. El apartado “ninguna” se refiere a procedimientos que se han iniciado y que finalmente han sido archivados, o bien, no se realizó el pertinente informe de sanidad por fallecimiento de la persona lesionada o seguimiento en otro Partido Judicial más próximo a su domicilio.

Según la localización, la lesión puede situarse en: cara, cabeza, cuello, tronco, extremidad superior, extremidad inferior, genitales, localizaciones múltiples o ninguna localización. En la categoría “múltiple” se recogen aquellas lesiones situadas en más de una localización cuando éstas son de igual gravedad, ya que se ha optado por indicar el tipo y localización más relevante. El apartado “ninguna” incluye los casos finalmente archivados, las intoxicaciones, lesiones de tipo psíquico, así como aquellas lesiones alegadas por la persona agredida o accidentada y en las que se desestimó posteriormente (no existencia de lesiones,

simulaciones, no cumplimiento de criterios de causalidad, entre otros motivos).

Los días de curación y los días impeditivos se agrupan en los mismos tramos para facilitar el estudio: 0, <15, 16-30, 31-100, 101-200, y >200.

En cuanto a las variables secuelas y necesidad de tratamiento se establecen dos categorías: sí y no.

Además, con motivo de realizar el análisis de segmentación, se ha modificado la variable temporal, es decir la fecha en la que sucede el hecho (mes y día de la semana). Por un lado, se ha incluido una variable estacional (Primavera, Verano, Otoño e Invierno) y, otra según el día de la semana (semana laboral y fin de semana). A la primera se le denominará “Estación” y a la segunda “DíaRec” (día recodificado).

4.2.2. Muertes judiciales

En las personas fallecidas se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, año del fallecimiento, mes y día de la semana, lugar del hecho, etiología médico-legal de la muerte, causa de la muerte y práctica de exámenes complementarios.

Las categorías en las que se ha dividido la variable lugar del hecho son: vivienda, medio líquido, local de trabajo, vía pública, campo, centro sanitario, y otros. Respecto al apartado “otros”, se refiere en esencia a establecimientos públicos o privados ajenos a la vivienda propia. En el lugar “vía pública” se incluye la totalidad de accidentes de tráfico, además de otras muertes de diversas etiologías.

Existe un gran número de causas de fallecimiento, haciéndose necesaria una agrupación para poder estudiarlas. En este caso, se ha optado por las categorías que constaban en los informes de autopsia de manera más frecuente, distinguiendo: suspensión, aspiración, sumersión, traumatismo, shock hipovolémico, quemaduras, aparato respiratorio, muerte por patología cardíaca, vascular, del aparato digestivo o del sistema nervioso, e intoxicación.

La etiología médico-legal de la muerte es: natural, accidental, suicida, homicida o indeterminada.

Finalmente, las categorías de la variable “examen complementario” se han simplificado en dos: sí y no.

4.2.3. Incapacidades

Las variables estudiadas en las personas a incapacitar han sido: edad, sexo, procedencia, año de la exploración, causa de incapacitación y conclusión médico-legal.

Se agrupan las causas de incapacitación en los siguientes apartados: sin patología, retraso mental, esquizofrenia, demencia, consumo de sustancias, trastorno del ánimo, enfermedad orgánica, trastorno del control de impulsos, borderline, y trastorno de personalidad. Esta clasificación se basa en las enfermedades más comunes diagnosticadas a las personas que motivan el informe de incapacidad. Estos informes pueden concluir que la persona es capaz, incapaz o con necesidad de curatela.

4.3. DESCRIPCIÓN DE LA COMARCA ESTUDIADA

El Partido Judicial de Ciudad Rodrigo, en la Provincia de Salamanca, está situado en la zona limítrofe con Portugal, país con el que tiene 70 km de línea fronteriza. Tiene 58 municipios (figura 1) y su población ha variado durante los años 1989 y 2003. Así, en el año 1990 tenía una población de 41188 habitantes y en el año 2000 tenía una población de 33661 habitantes³⁴⁷.

Este partido judicial tiene, desde la entrada en vigor de la Ley de demarcación y planta judicial³⁴⁸, dos juzgados de Primera Instancia e Instrucción. La pericia médico-legal está realizada actualmente por la Subdirección de Salamanca del Instituto de Medicina Legal de Valladolid, Salamanca y Palencia, previamente a la creación de mencionado Instituto de Medicina Legal, había un médico forense adscrito a ambos Juzgados de Primera Instancia e Instrucción, que además servía al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Vitigudino.

Está atravesado a lo largo de 60 km por la carretera N-620, también conocida como la “ruta de los portugueses”. Durante los años 90 se llevó a cabo la conversión de dicha carretera en una vía rápida tipo redia. Y posteriormente, paralela a la carretera nacional, se ha construido una autovía que entró en funcionamiento por tramos a partir del año 2003.

³⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística.

³⁴⁸ Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de demarcación y planta judicial, BOE, 30 de diciembre de 1988, núm. 313, págs. 36580-36635.

Tenía un puesto fronterizo importante, Fuentes de Oñoro, que con la nueva normativa europea de liberalización de fronteras ha quedado sin servicio. Todo el tramo fronterizo es y ha sido practicable a pie, en vehículos ligeros y, en ciertas zonas, también por vehículos pesados.

La población residente está constituida mayormente por personas de edad, que han trabajado en las diversas actividades de la zona y por otras que han regresado después de jubilarse en las regiones de España o del extranjero, donde habían emigrado en sus años jóvenes, si bien se duplica durante los meses de julio y agosto debido al gran número de personas nacidas o que tienen raíces familiares en el partido judicial y que regresan durante esos meses estivales para disfrutar de sus vacaciones.

Las actividades principales son la agricultura, la ganadería, los transportes y el sector servicios. Los lugares de ocio y diversión se localizan fundamentalmente en Ciudad Rodrigo y en Fuentes de Oñoro, aunque en la actualidad debido al envejecimiento poblacional y mejora de las comunicaciones es frecuente el desplazamiento a Salamanca, capital de la provincia.

En el partido judicial hay numerosas residencias de ancianos con una capacidad que supera las 700 plazas durante la época del estudio. La titularidad de los centros corresponde a Patronatos y Fundaciones Religiosas, Diputación y a Sociedades Anónimas. Todas ellas admiten a personas válidas como a personas no válidas y que, en muchos casos, precisan una asistencia total.

4.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El método estadístico utilizado, en primer lugar, es un análisis descriptivo de las variables estudiadas, tanto cuantitativas como cualitativas. Como los datos obtenidos se refieren a la población, no se ha realizado un análisis inferencial.

En segundo lugar, se ha practicado un estudio multivariante de segmentación, que consiste en buscar las mejores asociaciones de variables independientes con la variable dependiente en cada caso. Así, en el grupo del daño corporal la variable dependiente es la causa de la lesión y en las muertes judiciales se ha escogido como variable dependiente la etiología médico-legal.

El análisis de segmentación es una técnica multivariante que se utiliza fundamentalmente con fines exploratorios y descriptivos, y nos permite, entre otras cuestiones, saber qué variables son útiles para describir de forma adecuada la variable dependiente, qué valores de un predictor se pueden considerar homogéneos con la variable dependiente, conocer el efecto conjunto de dos o mas predictores, o estudiar ciertos modelos de causalidad y de interacción.

Esta técnica describe una variable Y , a la que denominaremos dependiente, en función de un conjunto de variables X_1, X_2, \dots, X_k . Segmentar implica dividir, lo que permite encontrar grupos diferentes con distintas características. De este modo, las muestras se fragmentan

explicando el modelo desde perspectivas diferentes. Los predictores son de tipo cualitativo lo que los libera prácticamente de los supuestos usualmente requeridos en modelos lineales. A su vez, se pretende que estos grupos sean lo mas homogéneos posibles respecto a la variable dependiente.

El resultado final del análisis de segmentación suele representarse en un diagrama de árbol mostrando gráficamente el proceso de las sucesivas segmentaciones. Este diagrama ofrece un resumen de los datos, de gran interés descriptivo y exploratorio. En cada “nodo” del árbol se indica el predictor que produce la segmentación, en cada rama se indica la categoría que define el subgrupo y su tamaño, y dentro de cada rectángulo se indica la distribución porcentual de la variable dependiente en ese subgrupo.

El conjunto de métodos que se emplean para hacer una segmentación sobre un conjunto de datos se denominan Algoritmos A.I.D. (Automatic Interaction Detection). Estos algoritmos permiten detectar si en el modelo de predicción existen solamente efectos principales, o si también existe interacción.

El algoritmo CHAID fue inicialmente propuesto por Cellard et al. en 1967 aunque posteriormente fue revisado por Bourouche y Tennenhaus en 1972 y especialmente por Kass en 1980³⁵⁰. Se caracteriza porque la variable dependiente es de tipo cualitativa y porque la métrica que emplea es la del estadístico Chi-cuadrado del test de independencia.

³⁵⁰ Kass, G. An exploratory technique for investigating larges quantities of categorical data. *Appl Statist.* 1980;29(2):119-127.

Las etapas a seguir en el proceso de segmentación son las siguientes:

- Selección de la variable dependiente y predictores relevantes.
- Agrupación de categorías en los predictores cuando tienen un perfil parecido para la variable dependiente. Cada par de categorías de los predictores se cruza con la variable dependiente obteniendo el estadístico χ^2 . El par con menor valor se agrupa para formar una sola categoría siempre que no resulte significativo. Cuando se han agrupado dos categorías se procede de nuevo a cruzar los pares que han quedado (incluyendo la nueva categoría fusionada) con la variable dependiente para seguir fusionando pares de categorías. El proceso termina cuando no se pueden hacer más fusiones ya que los χ^2 salen significativos. Los tipos de agrupación son:
 - Monótona: una categoría sólo puede ser agregada a otra si esta última es contigua en la escala. Suelen ser variables ordinales.
 - Sin Restricciones: cada categoría del predictor puede agruparse con cualquier otra del mismo.
 - Flotante: es equivalente a la opción Monótona pero existe una categoría la cual puede agruparse con cualquiera de las restantes categorías.
- Búsqueda del mejor predictor de la variable dependiente. Se elige aquella variable para la cual el valor de la χ^2 es mayor o tenga

menor “p-valor”. En el caso de que exista igualdad se elige el predictor que tenga mayor coeficiente de contingencia.

- Primera segmentación: se divide el grupo inicial en tantos grupos como categorías hayamos obtenido con el mejor predictor. En cada segmento se busca el mejor predictor y así sucesivamente.
- Búsqueda de grupos terminales: un grupo es terminal si no aparece ninguna variable significativa o por razones de tamaño.
- Sucesivas segmentaciones: se repite el proceso hasta que todos los grupos puedan considerarse como terminales.

El esquema general de este algoritmo se muestra en la figura 2.

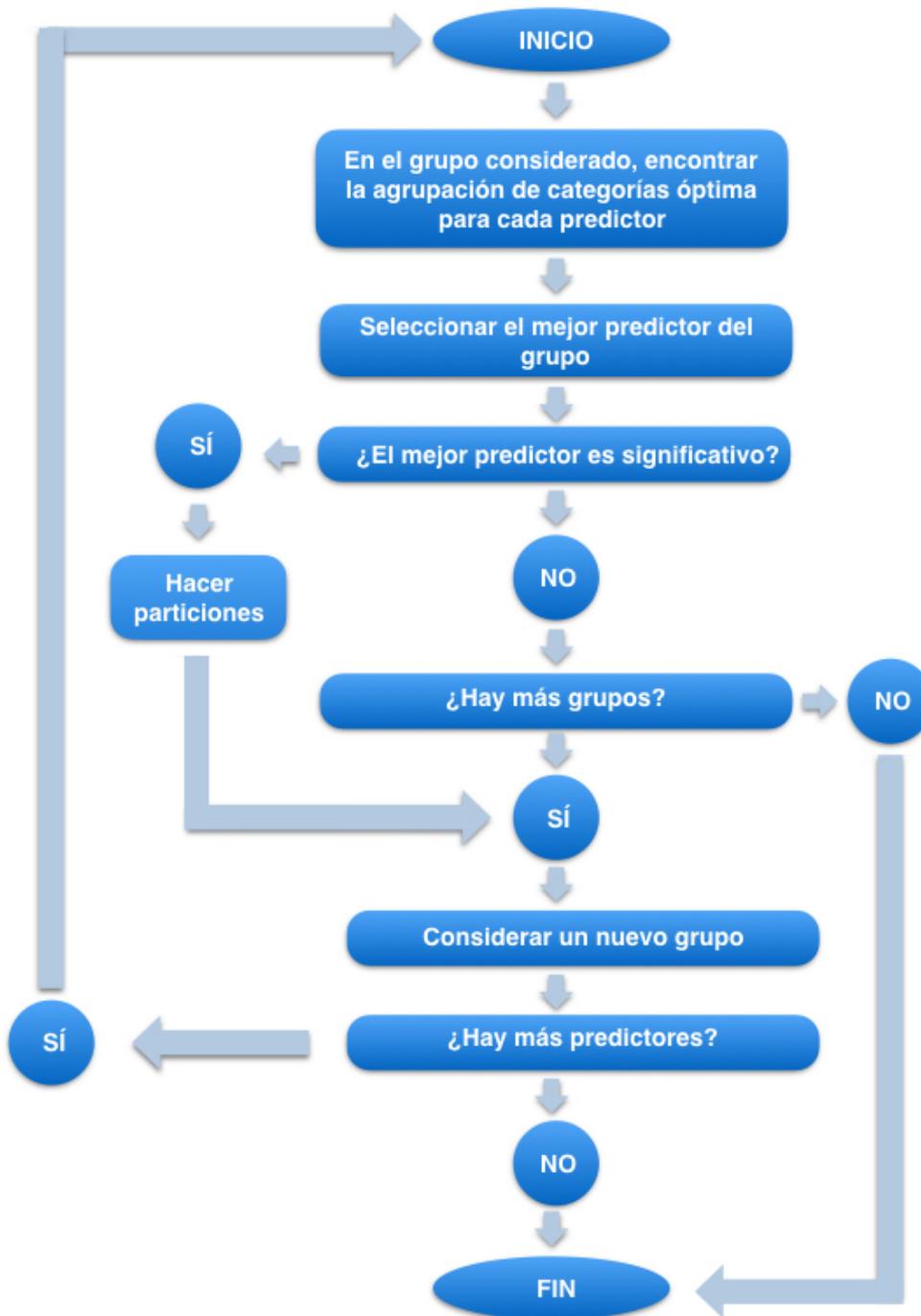


Figura 2. Algoritmo general CHAID

Ocasionalmente, se recurre a la recodificación de las variables cuando el número de registros en algunas de ellas es muy pequeño.

Respecto al grupo de los expedientes de incapacitación judicial, no se ha aplicado el análisis multivariante debido al insuficiente número de casos. Para estudiar la relación que pudiera existir entre las diversas variables se han utilizado tablas de contingencia. La hipótesis nula que se estudia es la independencia entre las variables, y utiliza el análisis de Chi-cuadrado de Pearson en el que la medida de discrepancia usada es la diferencia relativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas. Para que la distribución sea una aproximación razonable, las frecuencias observadas en la muestra para cada respuesta deben ser mayores o iguales a 5. En el presente estudio se rechaza la hipótesis nula de que las respuestas son aleatorias cuando el estadístico calculado sea mayor que el valor crítico de la Chi-cuadrado con número de respuestas menos uno grados de significación y a un nivel de significación del 5%, es decir, se rechaza la hipótesis nula cuando el valor p obtenido sea menor que 0,05.

5. RESULTADOS

Para una mejor exposición de los resultados, se han dividido según el tipo de pericia practicada. En cada grupo se comienza con el estudio descriptivo de cada variable y, posteriormente, se realiza el análisis relacional utilizando las diversas técnicas indicadas en el apartado de material y métodos.

5.1. LESIONES

5.1.1. Edad

Como se aprecia en la tabla 1, la edad media de los lesionados es de $36,01 \pm 18,37$ años, aunque la más repetida es 19 años de edad. El rango es de 91 años, siendo la menor edad registrada de meses y la mayor 91 años de edad. Para facilitar la exposición de los resultados se agrupa la edad por décadas, mostrando las frecuencias y porcentajes en la tabla 2 y gráfica 1. La década de edad con más lesionados fue la de 20-29 años, que supone el 23,80% del total, disminuyendo su frecuencia progresivamente a medida que se acerca a los extremos de la vida, fundamentalmente en la senectud, con un 1,1% de individuos con edades comprendidas entre 80-89 años, y un único registro (0,1%) mayor de 90 años. El primer tramo de edad, entre 0-9 años, es un 3,4% del total, con 63 registros. Hay 26 registros perdidos, un 1,4% del total, y este hecho se explica porque existen procedimientos archivados posteriormente o seguidos por exhorto en otro Partido Judicial.

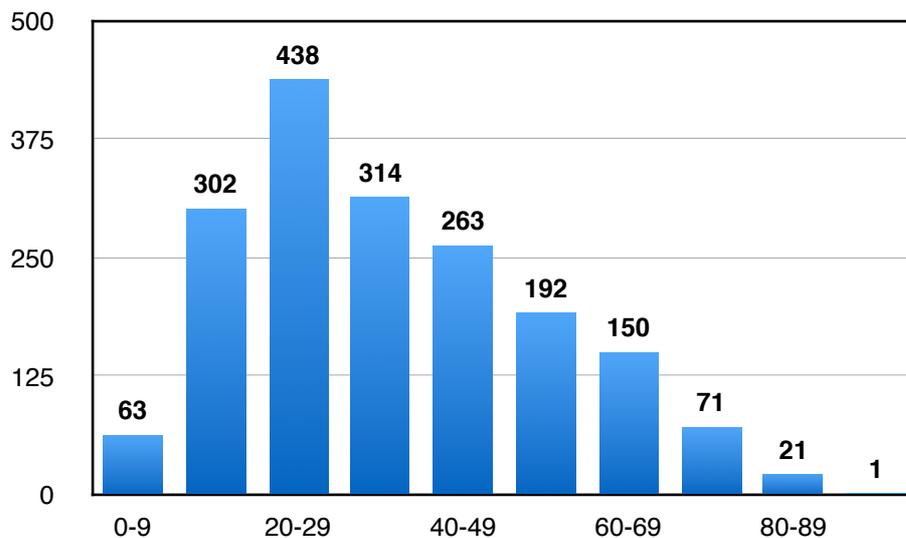
Tabla 1. Estudio estadístico de la edad.

Estadísticos	
N Válidos	1815
Perdidos	26
Media	36,01
Mediana	32,00
Moda	19,00
Desv. típ.	18,37
Varianza	337,58
Rango	91,00
Mínimo	0,00
Máximo	91

Tabla 2. Distribución según la década de edad.

Década de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-9	63	3,4
10-19	302	16,4
20-29	438	23,8
30-39	314	17,1
40-49	263	14,3
50-59	192	10,4
60-69	150	8,1
70-79	71	3,9
80-89	21	1,1
≥90	1	0,1
Perdidos	26	1,4
Total	1841	100,0

Gráfica 1. Distribución según década de edad.

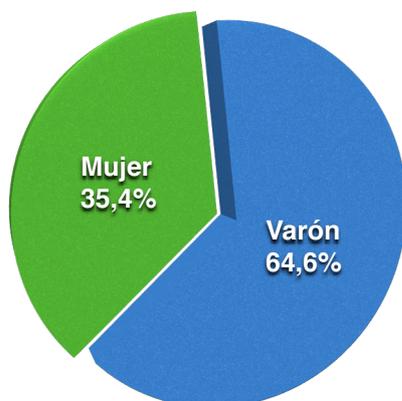


5.1.2. Sexo

La distribución de los lesionados atendiendo al sexo se especifica en la tabla 3 y gráfica 2. De un total de 1841 individuos, 651 eran mujeres, lo que representa un 35,4% frente a un 64,6% de varones.

Sexo	Frecuencia
Varón	1190
Mujer	651
Total	1841

Gráfica 2. Porcentaje de lesionados según el sexo.



5.1.3. Año de los hechos y del informe médico legal

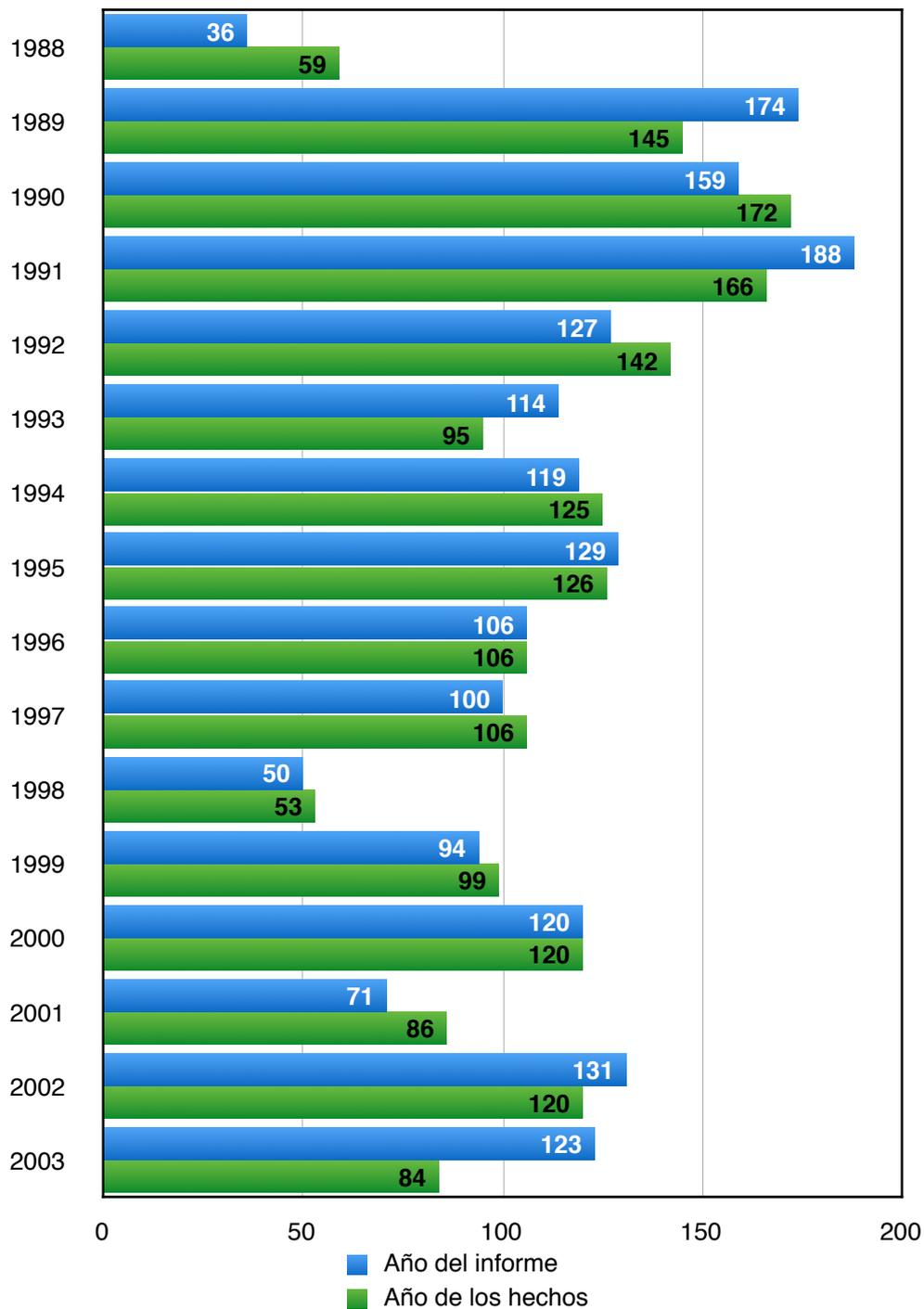
Hay que diferenciar la fecha en la que aconteció el hecho lesivo de la data en la que se realizó la exploración e informe médico forense (tabla 4), que generalmente no son coincidentes, pudiendo demorarse más o menos atendiendo a múltiples factores (ingreso hospitalario, cambio de personal del juzgado, etc.). Por este motivo, se aprecia que hay registrados dentro del periodo que nos ocupa (1989-2003) lesionados de años previos a los estudiados en el presente trabajo (tabla 5). Obviamente, la frecuencia de hechos e informes no tiene porqué coincidir ya que, por ejemplo, un acontecimiento lesivo que tenga lugar a final de año seguramente sea valorado por el médico forense durante el año siguiente y si, además, se trata de una lesión de gravedad, incluso podría realizar su informe de sanidad mucho tiempo después. Los años en los que se registraron mayor número de hechos lesivos fueron 1990, 1991, 1989, y 1992, con porcentajes de 9,3%, 9,0%, 7,9%, y 6,5% respectivamente. El mayor número de informes de sanidad, un total de 188 de 1841 (10,2%), se

realizaron en 1991. El año en el que se realizan menos informes de sanidad es 1998, (2,7%), en el que además consta un menor número de incidentes con resultado de lesiones (2,9% del total). Hay 32 casos en los que la fecha del hecho no existe o es incompleta, suponiendo un porcentaje de 1,7% de registros perdidos. La distribución por años del hecho y de la emisión del informe correspondiente se muestra de manera conjunta en la gráfica 3.

Año	Frecuencia	Porcentaje
1988	36	2,0
1989	174	9,5
1990	159	8,6
1991	188	10,2
1992	127	6,9
1993	114	6,2
1994	119	6,5
1995	129	7,0
1996	106	5,8
1997	100	5,4
1998	50	2,7
1999	94	5,1
2000	120	6,5
2001	71	3,9
2002	131	7,1
2003	123	6,7
Total	1841	100,0

Tabla 5. Distribución de lesionados atendiendo al año de los hechos.		
Año	Frecuencia	Porcentaje
1982	1	0,1
1986	2	0,1
1987	2	0,1
1988	59	3,2
1989	145	7,9
1990	172	9,3
1991	166	9,0
1992	142	7,7
1993	95	5,2
1994	125	6,8
1995	126	6,8
1996	106	5,8
1997	106	5,8
1998	53	2,9
1999	99	5,4
2000	120	6,5
2001	86	4,7
2002	120	6,5
2003	84	4,6
Perdidos	32	1,7
Total	1841	100,0

Gráfica 3. Distribución por años del momento del hecho lesivo y de emisión del informe médicolegal.

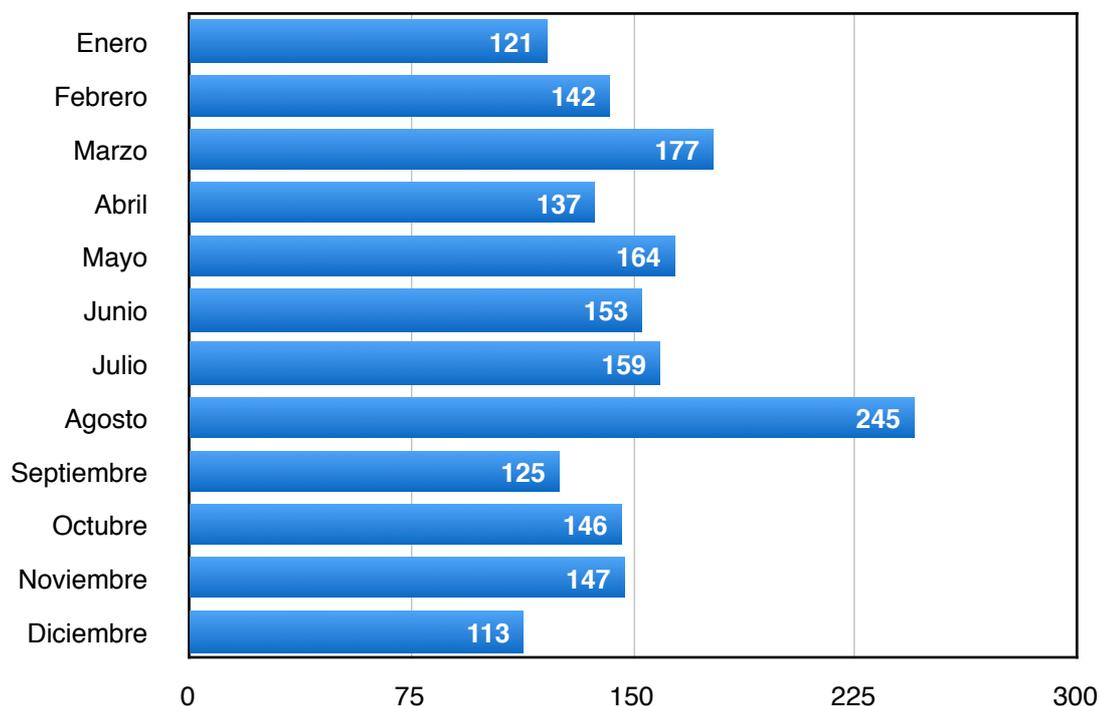


5.1.4. Mes de los hechos

Se hace hincapié en la fecha referente a los hechos que motivaron las lesiones, ya que es la que pudiera resultar de interés en relación con otras variables. Se muestran los resultados obtenidos en la tabla 6 y gráfica 4, en los que se observa un evidente incremento de la frecuencia de los lesionados durante el mes estival por excelencia, agosto, con una frecuencia de 245 registros sobre un total de 1841 (13,3%), seguido por marzo que supone el 9,6% del total, con 177 registros. La menor incidencia tiene lugar en los meses de invierno; así en el mes de diciembre constan 113 registros (6,1%), y 121 (6,6%) en el mes de enero. Constan 12 registros perdidos, un 0,7% del total.

Mes	Frecuencia	Porcentaje
Enero	121	6,6
Febrero	142	7,7
Marzo	177	9,6
Abril	137	7,4
Mayo	164	8,9
Junio	153	8,3
Julio	159	8,6
Agosto	245	13,3
Septiembre	125	6,8
Octubre	146	7,9
Noviembre	147	8,0
Diciembre	113	6,1
Perdidos	12	0,7
Total	1841	100,0

Gráfica 4. Distribución de frecuencias atendiendo al mes del hecho lesivo.

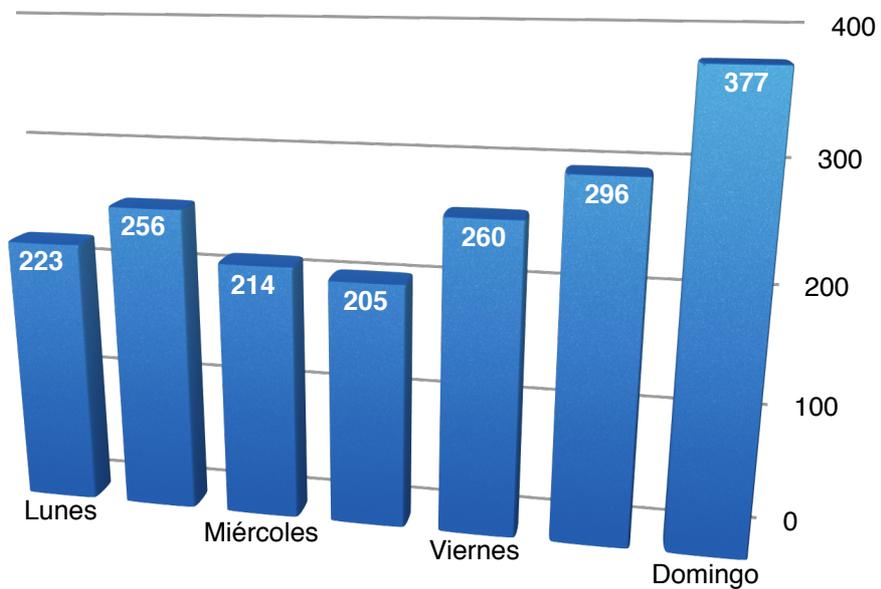


5.1.5. Día de la semana

Los resultados que se expresan en la tabla 7 y gráfica 5 muestran un aumento considerable de los casos registrados durante el fin de semana, principalmente en domingo, el 20,5% del total con 377 individuos. Durante el sábado se registran el 16,1% del total de hechos lesivos. Además, también consta una frecuencia más elevada durante los martes, con 256 registros (13,9%), en comparación con el resto de los días de la semana, casi similar a la registrada en los viernes (260 individuos, el 14,1% del total)).

Tabla 7. Distribución de los hechos lesivos. según el día de la semana		
Día de la semana	Frecuencia	Porcentaje
Lunes	223	12,1
Martes	256	13,9
Miércoles	214	11,6
Jueves	205	11,1
Viernes	260	14,1
Sábado	296	16,1
Domingo	377	20,5
Perdidos	10	0,5
Total	1841	100,0

Gráfica 5. Frecuencias de lesionados atendiendo al día de la semana.



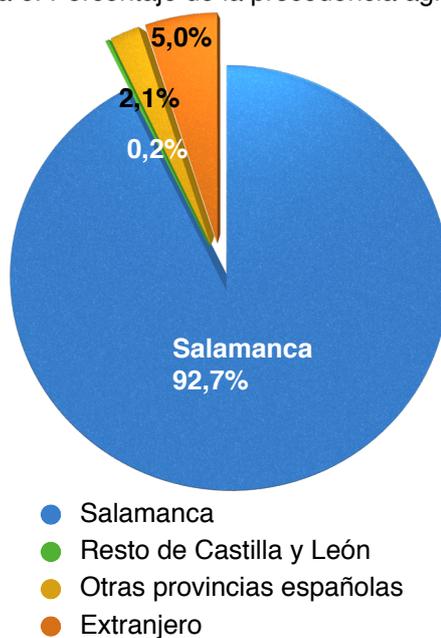
5.1.6. Lugar de procedencia del lesionado

Aunque los hechos tienen lugar en el Partido Judicial al que se viene haciendo referencia, las personas lesionadas tienen una variada procedencia, que puede observarse en la tabla 8, y cuyos datos se reagrupan en la tabla 9 y gráfica 6 para facilitar el estudio. Las personas lesionadas proceden, lógicamente y mayoritariamente, de la provincia de Salamanca, con un total de 1556 individuos de 1679 registrados en relación a esta variable, el 84,5% del total. En segundo lugar, con 57 casos (3,1%), la procedencia de los lesionados más frecuente es la portuguesa, país vecino y colindante con el Partido Judicial de Ciudad Rodrigo. Es un hecho a destacar que los lesionados extranjeros (84 individuos, el 5% del total) superan al conjunto de lesionados españoles de otras provincias distintas a la charra (39 personas, el 2,3% del total), siendo principalmente personas de nacionalidad portuguesa y francesa. Esta diferencia se explica por la afluencia de portugueses con residencia en el país galo por cuestiones laborales principalmente, algunos de ellos con doble nacionalidad y con descendientes de nacionalidad francesa, siendo el Partido Judicial de Ciudad Rodrigo zona de paso para desplazarse a su país natal. Cabe resaltar que 162 registros, el 8,8%, carecían de información acerca de la procedencia del lesionado, pudiendo deberse a que no se trata de un dato estrictamente necesario para la elaboración de un informe médico-legal de lesiones.

Tabla 8. Distribución según la procedencia.		
Provincia o País	Frecuencia	Porcentaje
Alemania	1	0,1
Alicante	1	0,1
Barcelona	2	0,1
Burgos	1	0,1
Cáceres	14	0,8
Canadá	1	0,1
Canarias	1	0,1
Francia	20	1,1
Guipúzcoa	3	0,2
Holanda	1	0,1
Italia	1	0,1
León	1	0,1
Luxemburgo	2	0,1
Madrid	10	0,5
Marruecos	1	0,1
Portugal	57	3,1
Salamanca	1556	84,5
Sevilla	1	0,1
Toledo	1	0,1
Valladolid	2	0,1
Vizcaya	2	0,1
Perdidos	162	8,8
Total	1841	100,0

Tabla 9. Distribución atendiendo a la procedencia agrupada.	
Provincia o País	Frecuencia
Salamanca	1556
Resto de Castilla y León	4
Otras provincias españolas	35
Extranjero	84

Gráfica 6. Porcentaje de la procedencia agrupada



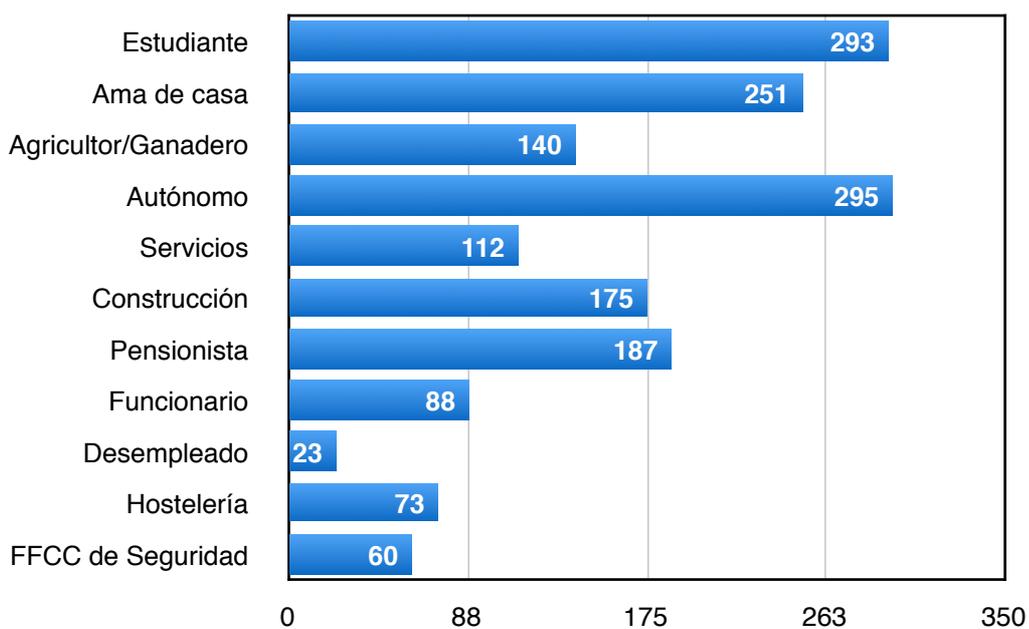
5.1.7. Profesión del lesionado

Los resultados de las frecuencias y porcentajes se muestran en la tabla 10 y se representan en la gráfica 7. Se ha considerado estudiantes a todos los menores de 16 años, siendo éstos, junto con los autónomos los grupos profesionales en los que se han registrado lesiones de forma más frecuente, sumando casi la tercera parte de la población de estudio, con un porcentaje de 31,9%. El grupo de las amas de casa con 251 registros de 1697 (13,6%) ocupa el tercer lugar en frecuencia. Los pensionistas suponen un 10,2% de la población. Esta elevada frecuencia puede explicarse por el envejecimiento generalizado de la población de la región. El 4% de los lesionados corresponde al grupo de hostelería y el 6,1% al sector servicios. También se observa un elevado número de datos perdidos (7,8% del total), probablemente debido a que no se considera la profesión del lesionado un dato relevante o necesario para la realización del informe de sanidad. El grupo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad tiene un porcentaje del 3,3%, con 60 registros. La frecuencia de las lesiones de las personas que trabajan en la construcción es de 175 casos (9,5%), siendo esta ocupación muy demandada en la época de estudio. Un porcentaje ligeramente inferior (7,6%), que corresponde a 140 individuos, se aprecia en la categoría de agricultor/ganadero. Además, constan 88 funcionarios, un 4,8% del total y, únicamente un 1,2% de personas en paro. Esta cifra podría deberse al no incluirse en este grupo aquellas mujeres catalogadas en el de “amas de casa”, así como otras personas clasificadas como agricultor/ganadero.

Tabla 10. Distribución según la profesión del lesionado.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	293	15,9
Ama de casa	251	13,6
Agricultor/Ganadero	140	7,6
Autónomo	295	16,0
Servicios	112	6,1
Construcción	175	9,5
Pensionista	187	10,2
Funcionario	88	4,8
Desempleado	23	1,2
Hostelería	73	4,0
FFCC de Seguridad	60	3,3
Perdidos	144	7,8
Total	1841	100,0

Gráfica 7. Frecuencia de las profesiones de los lesionados

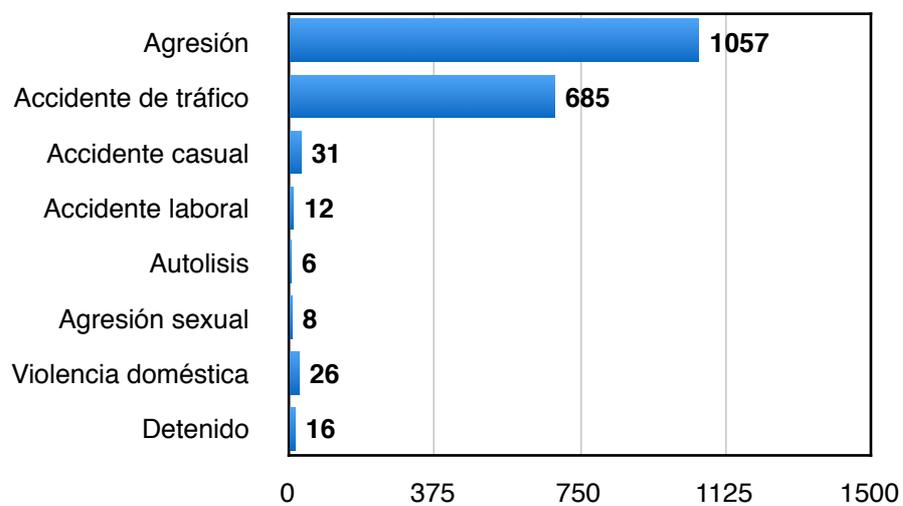


5.1.8. Causa de la lesión

Como consta en la tabla 11 y gráfica 8, existen dos grandes grupos: los lesionados derivados de una agresión y aquellos lesionados en accidentes de circulación. En el primer grupo hay 1057 individuos de 1841, el 57% del total, y en el segundo, 685 individuos, que supone el 37%. Además, se han registrado casos de lesiones producidas por otros accidentes de tipo casual (31 casos en total, el 1,7%) en los que consta un accidente escolar, mordeduras de perro, lesiones por asta de toro, un accidente en una discoteca, un accidente de caza, una explosión de gas, y una explosión terrorista, entre otros. Dentro de las agresiones, destacar 12 casos en los que se utilizaron arma de fuego y 3 lesiones por arma blanca. Se hace mención a lesiones resultantes de violencia doméstica, 26 registros, el 1,4% del total, si bien, se observa que comienzan a aparecer en los últimos años del estudio. También, aunque con menor frecuencia, constan 16 exploraciones en detenidos (0,9% del total), 12 casos de accidente laboral (el 0,7% del total), 8 lesionados por agresión sexual (0,4%), y 6 casos de autolisis (0,3%). Se agrupan las causas en la tabla 12 y gráfica 9.

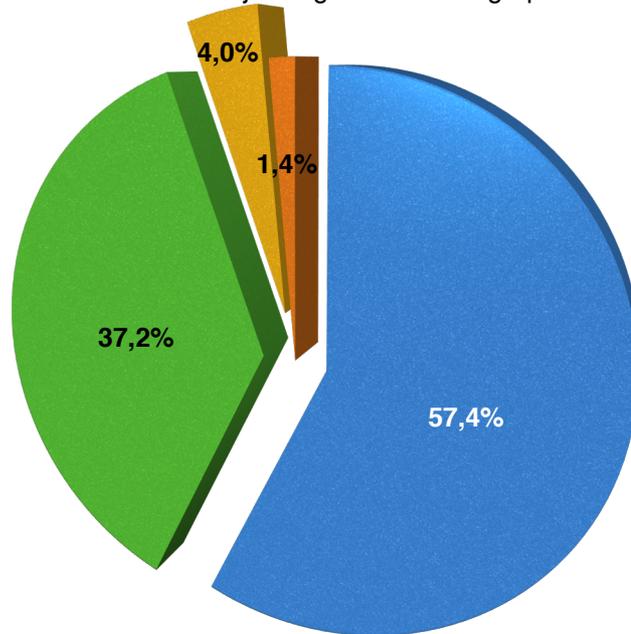
Mecanismo lesional	Frecuencia	Porcentaje
Agresión	1057	57,5
Accidente de tráfico	685	37,2
Accidente casual	31	1,7
Accidente laboral	12	0,7
Autolisis	6	0,3
Agresión sexual	8	0,4
Violencia doméstica	26	1,4
Detenido	16	0,9
Total	1841	100,0

Gráfica 8. Frecuencias atendiendo al mecanismo lesional



Mecanismo lesional	Frecuencia
Agresión	1057
Accidente de tráfico	685
Otros	73
Violencia doméstica	26
Total	1841

Gráfica 9. Porcentajes según la causa agrupada



- Agresión
- Accidente de tráfico
- Otros
- Violencia doméstica

5.1.9. Tipo de lesión

Las lesiones más frecuentes son las superficiales, erosiones y contusiones, con 878 registros, el 48% del total. Las lesiones de pronóstico más grave (fracturas y luxaciones) representan el 16% del total con 296 casos. Constan 469 individuos, el 25,5%, que padecieron heridas. Las lesiones ligamentosas son el cuarto tipo de lesión en frecuencia, con 134 sujetos (7,3%). El resto de los apartados (lesión psíquica, intoxicación, quemaduras, sexual y múltiple) son similares en frecuencia, no superando el 1%. En 19 personas (1%) no se exploró ni se hizo constar lesión alguna, pudiéndose explicar este hecho con los casos de simulación, archivo, o exploración en otro Partido Judicial por exhorto. Estos resultados se reflejan en la tabla 13 y gráfica 10. Las categorías de frecuencia menor al 1% se agrupan y los resultados se muestran en la tabla 14 y gráfica 11.

Tabla 13. Distribución según el tipo de lesión.

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Superficial	878	47,7
Fractura/Luxación	296	16,1
Lesión ligamentosa	134	7,3
Herida	469	25,5
Quemadura	9	0,5
Múltiple	4	0,2
Psíquica	11	0,6
Intoxicación	11	0,6
Sexual	4	0,2
Ninguna	19	1,0
Perdidos	6	0,3
Total	1841	100,0

Gráfica10. Frecuencias según el tipo de lesión

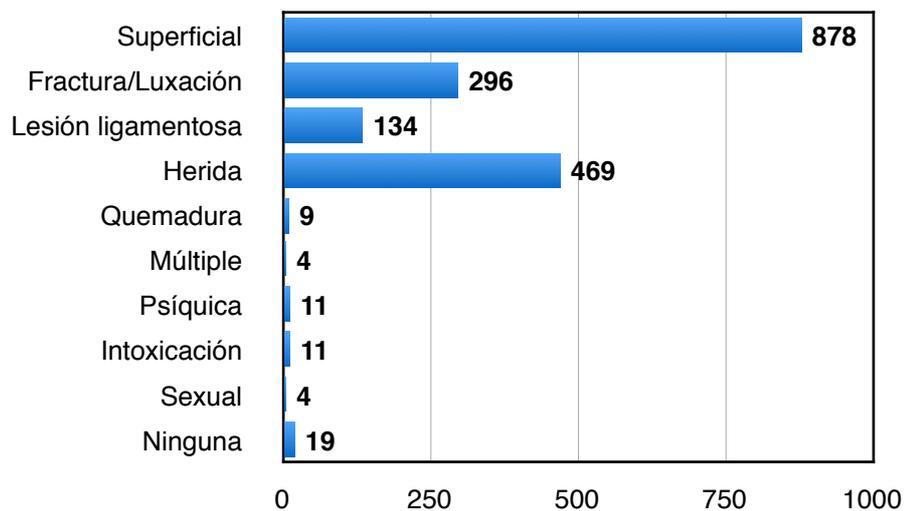
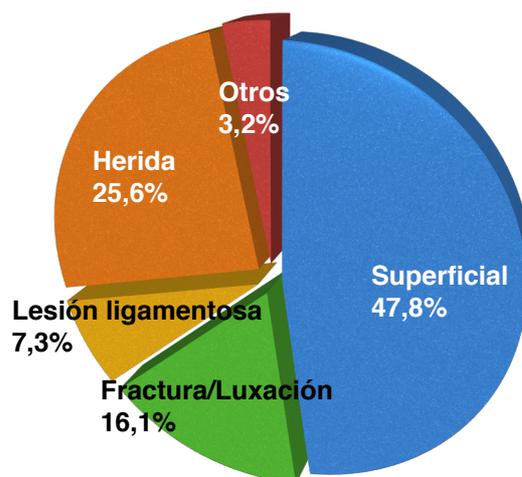


Tabla 14. Frecuencias según el tipo de lesión agrupada.

Tipo de lesión	Frecuencia
Superficial	878
Fractura/Luxación	296
Lesión ligamentosa	134
Herida	469
Otros	58

Gráfica11. Porcentaje según el tipo de lesión agrupada.

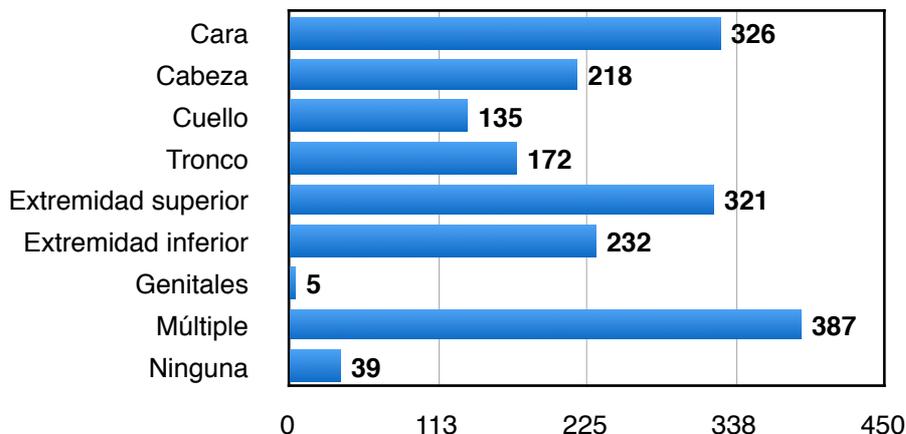


5.1.10. Localización de las lesiones

Los resultados se exponen en la tabla 15 y gráfica 12. Hay un elevado número de individuos, 387, el 21%, que sufrieron lesiones en múltiples localizaciones, y por el contrario, el 2,1% del total, 39 lesionados, en ninguna (aquí se incluyen los casos de intoxicación y de lesión psíquica). Las localizaciones más frecuentes de las lesiones son la cara, con 326 registros, el 17,7% del total, y la extremidad superior, con 321 casos, el 17,4%. En segundo lugar en frecuencia es para la extremidad inferior, con 232 casos (12,6%) y la cabeza (218 registros que suponen el 11,8%). La menos frecuente, con sólo 5 registros (0,3%), es la región genital. Constan 6 individuos que carecen de datos respecto a la localización de la lesión.

Tabla 15. Distribución según la localización de las lesiones.		
Localización de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Cara	326	17,7
Cabeza	218	11,8
Cuello	135	7,3
Tronco	172	9,3
Extremidad superior	321	17,4
Extremidad inferior	232	12,6
Genitales	5	0,3
Múltiple	387	21,0
Ninguna	39	2,1
Perdidos	6	0,3
Total	1841	100,0

Gráfica 12. Frecuencias según la localización del daño.



5.1.11. Número de partes realizados

El número total de partes realizados por el médico forense no coincide con el número de lesionados atendidos, esto es debido a que en ocasiones, y como se ha explicado anteriormente, se procede a la exploración pericial en otro Partido Judicial, otras, se archiva el asunto, y, a veces, un lesionado es objeto de varios informes atendiendo a la evolución de sus lesiones (parte de estado). Aún así, en más de la mitad de los casos, un 66,3%, se ha observado a la persona y se ha emitido el informe de sanidad en el mismo acto. Los 42 casos (2,3%), en los que no se realizó informe de sanidad, se registraron los datos, aunque posteriormente no se procedió a realizar el documento médico-legal por las causas ya referidas. Consta un sujeto que necesitó 16 exploraciones previa a la elaboración del informe definitivo, así como un único registro con 13 informes de estado. Se muestran los resultados en la tabla 16.

Tabla 16. Distribución según el número de informes realizados.		
Nº partes	Frecuencia	Porcentaje
0	42	2,3
1	1221	66,3
2	233	12,7
3	115	6,2
4	91	4,9
5	50	2,7
6	37	2,0
7	17	0,9
8	16	0,9
9	5	0,3
10	9	0,5
11	3	0,2
14	1	0,1
16	1	0,1
Total	1841	100,0

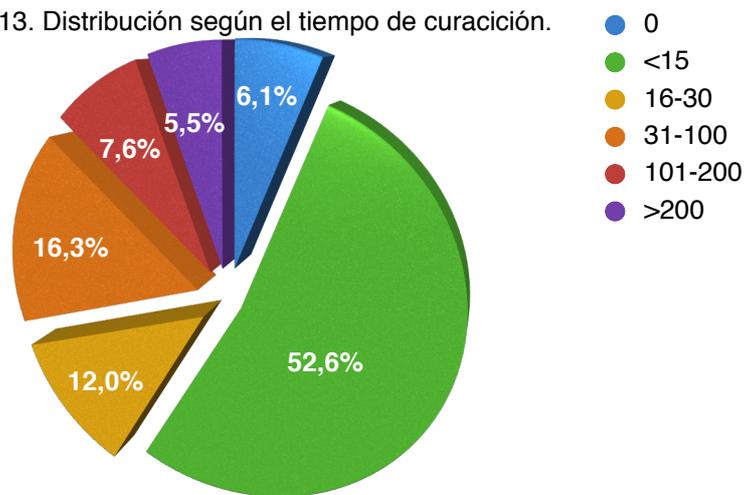
5.1.12. Días de curación

Se han agrupado en periodos de tiempo para facilitar el estudio, siendo la media de los días de curación $47,62 \pm 95,18$ días, y el más repetido 8 días, como consta en la tabla 17. Es lógico que más de la mitad de los registros tarden en curar menos de quince días, un 56,2% del total, con 968 registros (tabla 18 y gráfica 13), ya que coincide con los tiempos medios de curación de las lesiones de tipo superficial, las más comunes en el presente estudio.

Estadísticos	
N Válidos	1841
Perdidos	0
Media	47,62
Mediana	12
Moda	8
Desv. típ.	95,18
Varianza	9059,66
Rango	1376
Mínimo	0
Máximo	1376

Días de curación	Frecuencia
0	112
<15	968
16-30	220
31-100	300
101-200	139
>200	102
Total	1841

Gráfica 13. Distribución según el tiempo de curación.



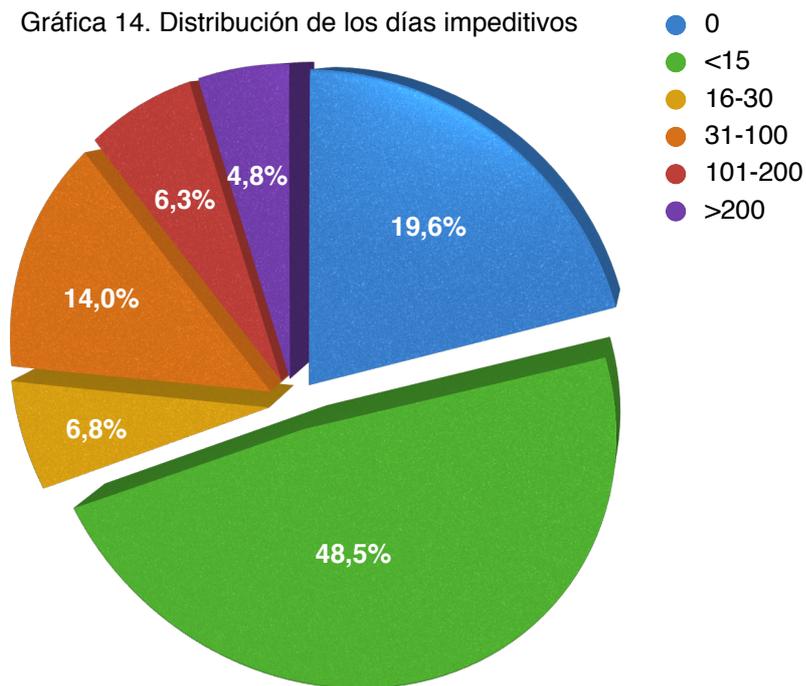
5.1.13. Días impositivos

En muchos casos las lesiones curan sin impedimento para realizar las actividades habituales de la persona, en otros, se equiparan los días de impedimento con los de curación, aunque también es posible que parte de los días en los que se estabiliza la lesión sean impositivos y otra parte no impositivos. La mayor frecuencia de días impositivos es para los periodos inferiores a 15 días, con 892 registros, el 48% del total. Además, el 20%, 360 casos, curaron sin días impositivos, y el 14%, 258 personas, curaron impositivos para las actividades habituales durante un periodo entre los 31 y 100 días. En la tabla 20 y gráfica 14 se muestran las frecuencias y porcentajes de los días de impedimento, siendo la media de días impositivos $38,66 \pm 97,27$ días, y 1 día impositivo el valor más repetido (tabla 19).

Tabla 19. Estadísticos de los días improductivos.	
Estadísticos	
N Válidos	1839
Perdidos	2
Media	38,66
Mediana	4,00
Moda	1,00
Desv. típ.	97,27
Varianza	9460,75
Rango	1567,00
Mínimo	0,00
Máximo	1567

Tabla 20. Distribución de los días improductivos.	
Días improductivos	Frecuencia
0	360
<15	892
16-30	126
31-100	258
101-200	116
>200	89
Total	1841

Gráfica 14. Distribución de los días impeditivos



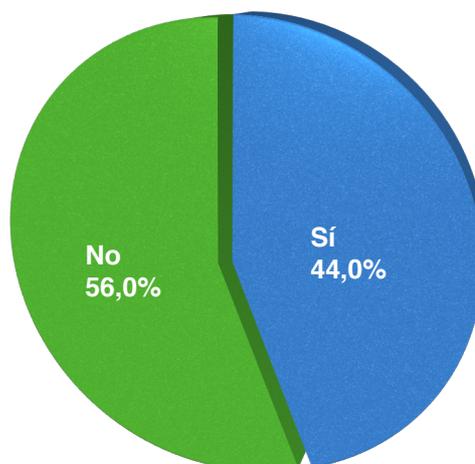
5.1.14. Tratamiento médico

Como se muestra en la tabla 21 y gráfica 15, un 56 % de los lesionados (1031 registros) no han necesitado un tratamiento médico o quirúrgico para la curación de sus lesiones, frente a 810 casos, el 44% del total.

Tabla 21. Distribución según la necesidad de tratamiento.

Tratamiento	Frecuencia
Sí	810
No	1031
Total	1841

Gráfica 15. Necesidad de tratamiento

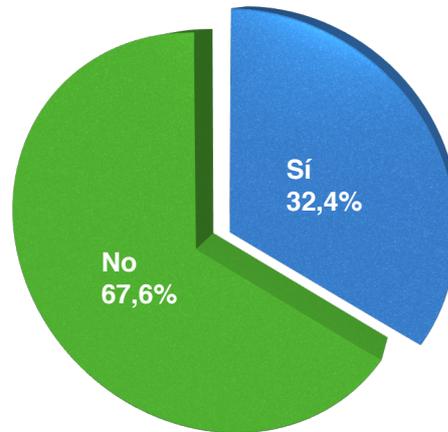


5.1.15. Secuelas

La curación de forma íntegra o estabilización con secuelas queda reflejado en la tabla 22 y gráfica 16. Casi una tercera parte de las personas que resultaron lesionadas como consecuencia de agresiones y otros accidentes estabilizaron con secuelas (596 registros de 1841, el 32,4% del total).

Secuelas	Frecuencia
Sí	596
No	1245
Total	1841

Gráfica 16. Existencia de secuelas



5.1.16. Análisis de segmentación

En el modelo aplicado, la variable dependiente y, por tanto, de mayor importancia, es la causa que motiva la lesión. Observando la distribución de frecuencias de las categorías de la variable en cuestión (tabla 11), se aprecia la importancia de los accidentes de tráfico y las agresiones frente al resto de causas, existiendo grandes diferencias entre las categorías. Excluyendo los accidentes de tráfico y las agresiones, la siguiente categoría representa sólo el 1,7% del total de datos. Agrupando todas las categorías residuales se obtiene el 5,4% del total.

Esta diferencia de frecuencias se hace evidente en un primer test previo al modelo definitivo, ya que al aplicar el algoritmo CHAID manteniendo las categorías tal como se presentan inicialmente, el resultado no es propicio.

Para facilitar la presentación de los resultados en tablas se han codificado las causas de lesiones de la forma que se indica en la tabla 23.

Código	Causa
AG	Agresión
AT	Accidente de tráfico
AC	Accidente casual
AL	Accidente laboral
AU	Autolisis
DE	Detenido
AS	Agresión sexual
VD	Violencia doméstica

Tal como se puede ver en la tabla 24, las categorías agresión y accidente de tráfico tienen un porcentaje de clasificación alto y, aunque el modelo en su conjunto obtenga un 74,4%, las categorías residuales no se clasifican. Para poder corregir este efecto, se agrupan las categorías residuales en una sola. De este modo, se centrará el estudio en la clasificación de agresión y accidente de tráfico frente a las variables regresoras.

Observado	Pronosticado								
	AG	AT	AC	AL	AU	AS	VD	DE	% correcto
AG	874	183	0	0	0	0	0	0	82,7%
AT	190	495	0	0	0	0	0	0	72,3%
AC	16	15	0	0	0	0	0	0	0,0%
AL	4	8	0	0	0	0	0	0	0,0%
AU	5	1	0	0	0	0	0	0	0,0%
AS	8	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
VD	23	3	0	0	0	0	0	0	0,0%
DE	14	2	0	0	0	0	0	0	0,0%
% global	61,50%	38,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	74,4%

Por otro lado, para no perder la información recogida en el resto de categorías, se procederá posteriormente a realizar un análisis CHAID independiente de la variable causa suprimiendo “accidente de tráfico” y “agresión”. Es decir, se practicarán dos análisis CHAID: un primer análisis recogerá el 100% de la información, y un segundo se concentrará en los valores más residuales.

Previamente a la descripción del modelo conviene aclarar la recodificación de ciertas variables. En el caso de la variable temporal, es decir la fecha en la que sucede el hecho lesivo en cuestión, se han realizado modificaciones. Por un lado se ha incluido una variable estacional (Primavera, Verano, Otoño e Invierno), y otra según el día de la semana (semana laboral y fin de semana: sábado y domingo). A la primera se le denominará “Estación” y a la segunda “DíaRec”.

El modelo que se analiza tiene como variable dependiente la causa de accidente y como regresoras o independientes al resto (día de la semana recodificado, estación, sexo del lesionado, tramo de edad, profesión del lesionado, localización de la lesión, tipo de lesión, número de partes redactados, tratamiento, días de curación, días improductivos y secuelas). Como condicionantes del análisis se ha acotado superiormente la profundidad del árbol a 4 e inferiormente los nodos filiales a 50 y los parentales a 100. El resultado del algoritmo selecciona 7 variables independientes entre todas. El número de nodos resultantes es 24, de los cuales 15 son nodos terminales. Este primer modelo se muestra en la tabla 25.

Tabla 25. CHAID causa de lesión.		
	Método crecimiento	Chaid
Especificaciones	Variable dependiente	Causa
	Variables independientes	Sexo
		Edad agrupada
		Topografía
		Tipo de lesión
		Tratamiento
		Tramo días curación
		Tramo días impeditivos
		Secuelas
		Estación año
		Día recodif.
		Profesión
		Nº partes
	Máx. profundidad árbol	4
	Mín. casos nodo parental	100
	Mín. casos nodo filial	50
	Variables independientes incluidas	Tramo días curación
Topografía		
Tramo días impeditivos		
Edad agrupada		
Sexo		
Tipo de lesión		
	Día recodif.	
Resultados	Núm. nodos	24
	Núm. nodos terminales	15
	Profundidad	4

En este primer modelo se obtiene un porcentaje de clasificación global del 74,4% como consta en la tabla 26. No obstante, el hecho de haber agrupado las categorías residuales no proporciona mayor representatividad, lo cual demuestra que la división propuesta inicialmente es correcta.

Observado	Pronosticado			
	Agres.	Acc.tráfico	Resto	% correcto
Agresión	874	183	0	82,7%
Acc.tráfico	190	495	0	72,3%
Resto	69	30	0	0,0%
% global	61,50%	38,50%	0,00%	74,4%

Una vez descrito el modelo, se procede a analizar el árbol resultante del mismo (figura 3). Para poder hacer más comprensible la interpretación de los resultados, la lectura del árbol se realizará nodo a nodo según las distintas ramas resultantes de mayor a menor.

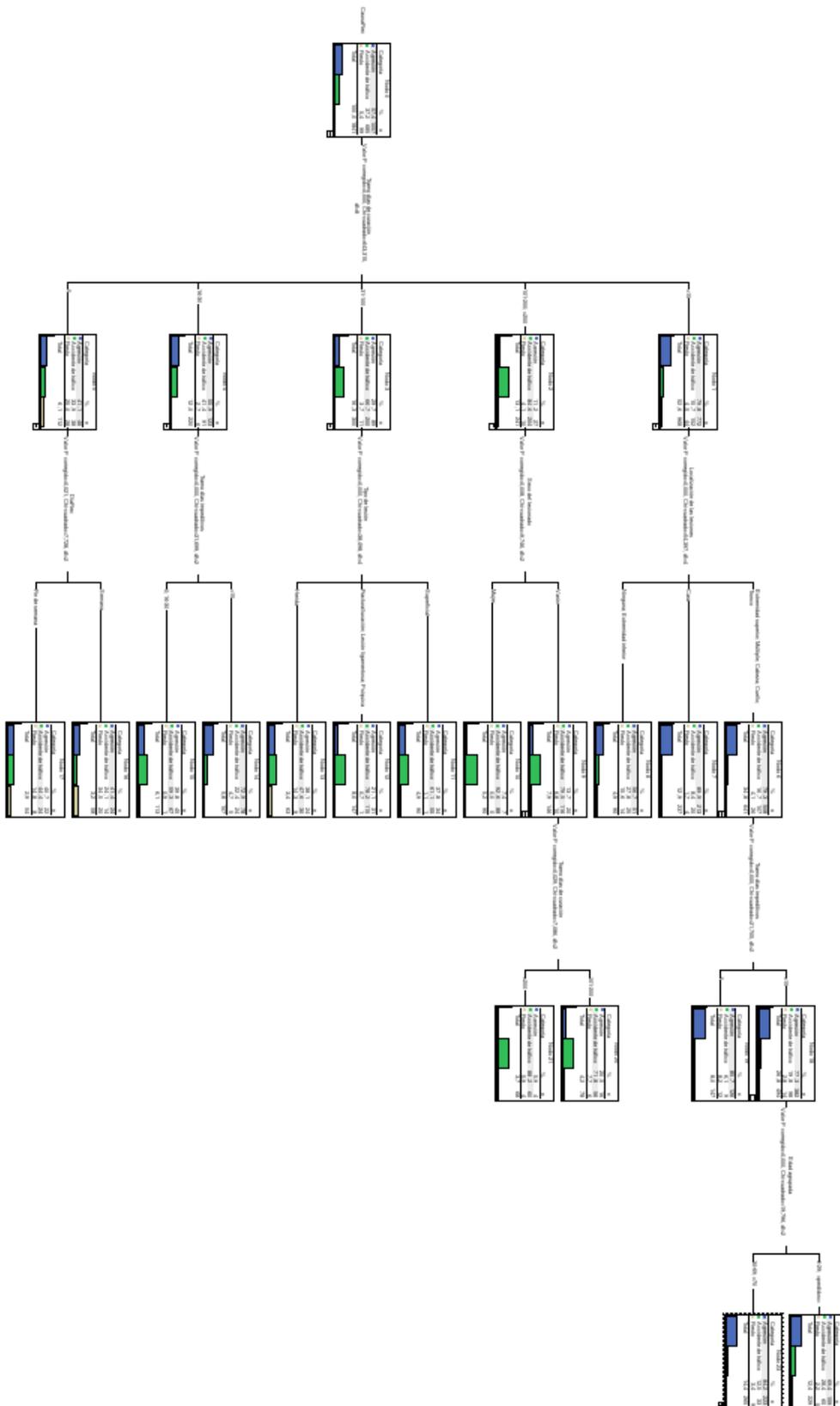


Figura 3. Árbol de segmentación.

De acuerdo a estas premisas se comienza a partir del primer nivel, siendo la primera variable regresora los días de curación (figura 4).

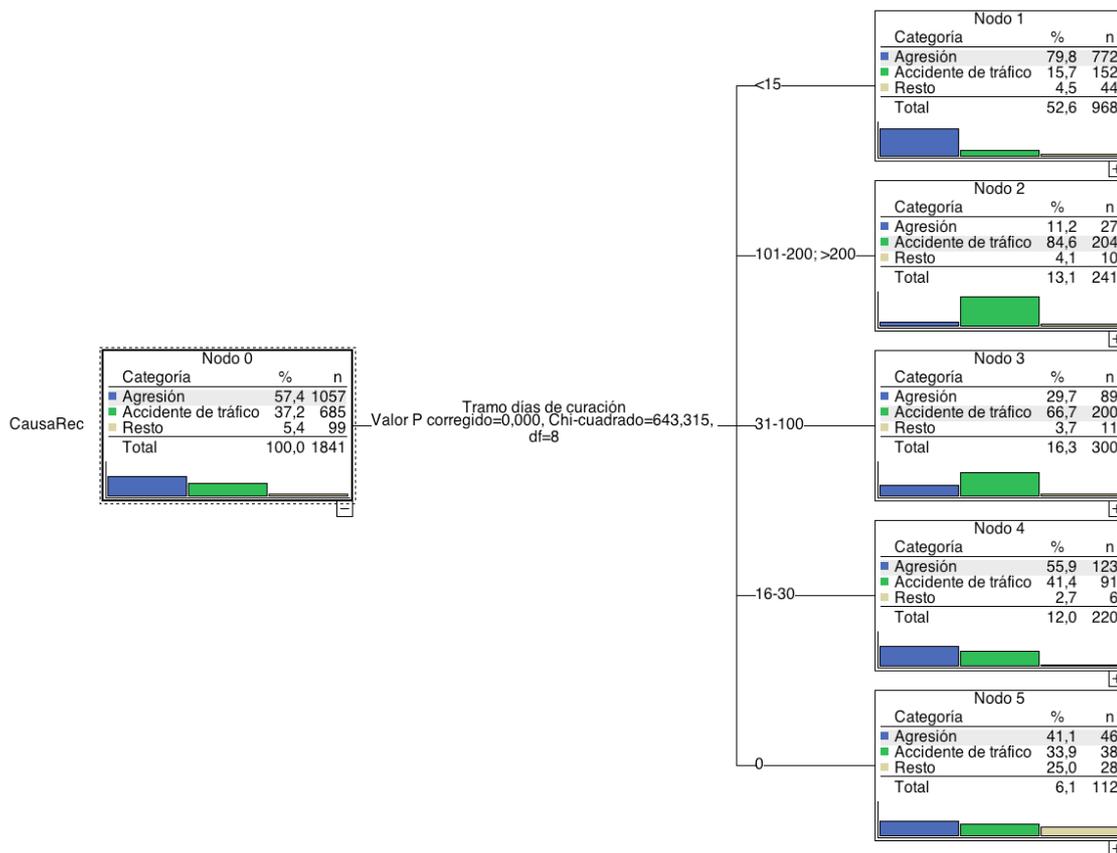


Figura 4. Primer nivel: días de curación.

- **Nivel 1: días de curación** (figura 4).
 - En este primer nivel se observa una relación clara entre tramos de curación menores a 15 días y agresiones (nodo 1).
 - Por otro lado, hay relación entre los periodos de recuperación de más de 100 días y accidentes de tráfico (nodo 2).
 - De igual modo, pero no con tanta diferencia como en el nodo anterior, se observa esta misma interacción en los tramos de curación entre 31 y 100 días (nodo 3).
 - Los periodos de entre 16 y 30 días presentan frecuencias más equilibradas entre ambas categorías (nodo 4).
 - Por último, cuando no se requiere periodo de curación, las categorías residuales están presentes en mayor proporción que en el resto de nodos (nodo 5).

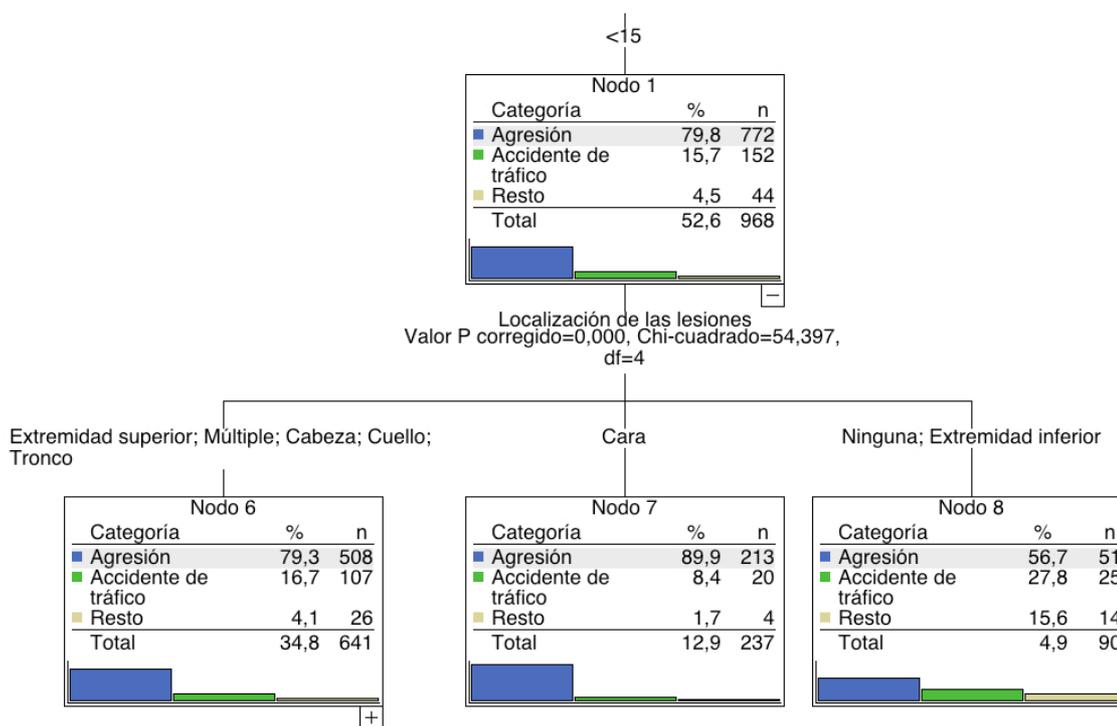


Figura 5. Rama 1, nivel 2.

- **Rama 1, nivel 2: días de curación menores de 15-localización de las lesiones** (figura 5).
 - En el primer nodo del segundo nivel (nodo 6) el algoritmo agrupa extremidad superior, cabeza, cuello, tronco y localización múltiple. Dentro de los tres nodos de este nivel es el que presenta una frecuencia mayor en agresiones.
 - El nodo 7 corresponde a lesiones en la cara, claramente representado por las agresiones.
 - El último de los nodos del segundo nivel (nodo 8) agrupa las lesiones en extremidad inferior y ninguna. En este caso, existe un reparto menos desproporcionado entre las agresiones, accidentes de tráfico y el resto.

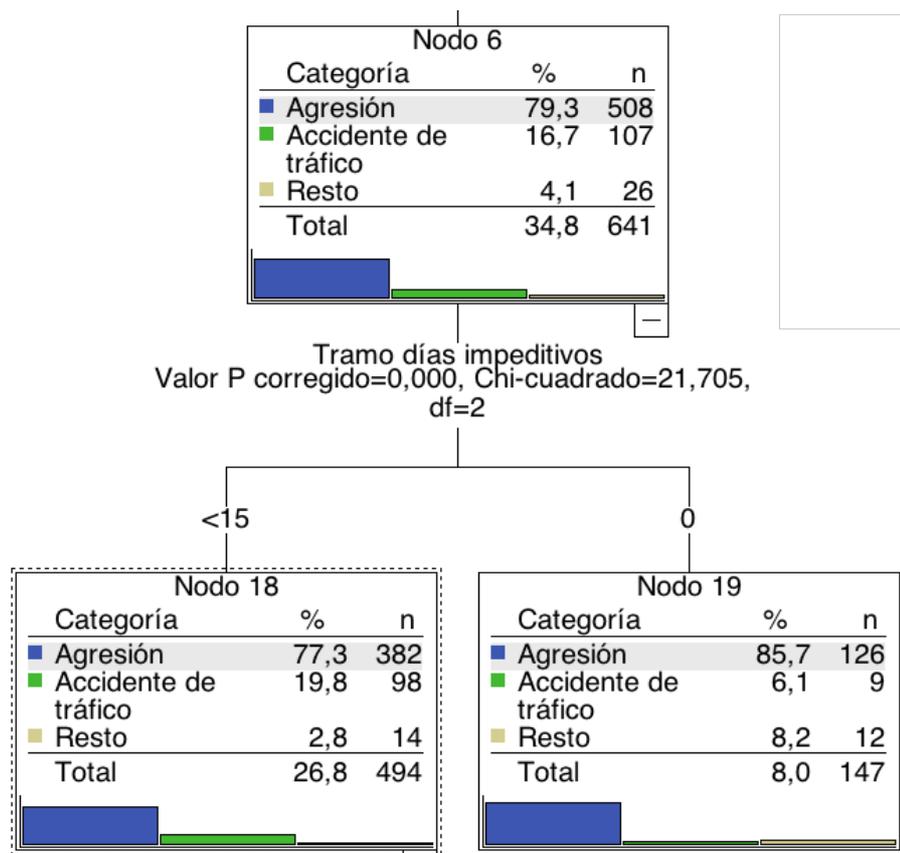


Figura 6. Rama 1, nivel 3.

- **Rama 1, nivel 3: días de curación <15 días-localización en extremidad superior, cabeza, cuello, tronco y múltiple-tramo de días impeditivos** (figura 6).
 - En el primer nodo del tercer nivel corresponde al tramo de días impeditivos menor de 15 días, en el que los accidentes de tráfico aún están presentes con un 19,8% del total (nodo 18).
 - En el segundo nodo, correspondiente a ningún día impeditivo, discrimina casi totalmente los accidentes de tráfico, siendo las agresiones la categoría predominante (nodo 19).

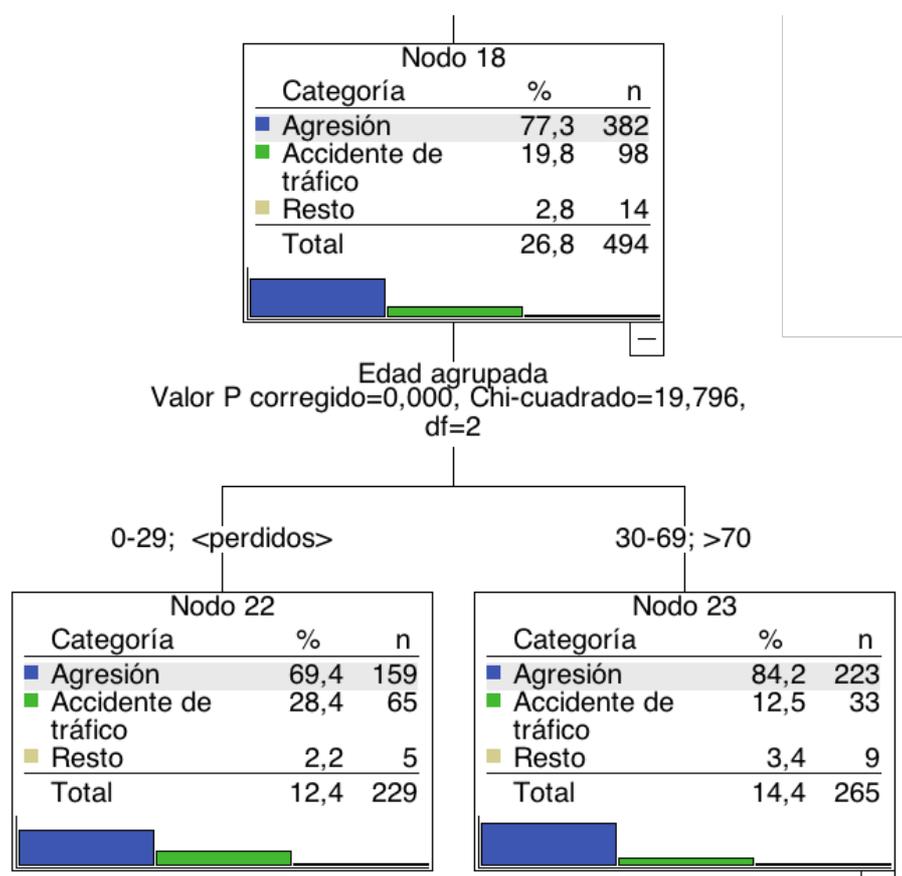


Figura 7. Rama 1, nivel 4.

- **Rama 1, nivel 4: días de curación-<15 días-localización en extremidad superior, cabeza, cuello, tronco y múltiple-días impeditivos <15 días-edad agrupada** (figura 7).
 - Para edades menores de 30 años, los accidentes de tráfico tienen una influencia mayor que en el segundo nodo, aún siendo las agresiones la categoría más destacada (nodo 22).
 - Para personas mayores de 30 años las agresiones son más representativas que los accidentes de tráfico (nodo 23).

Resultados

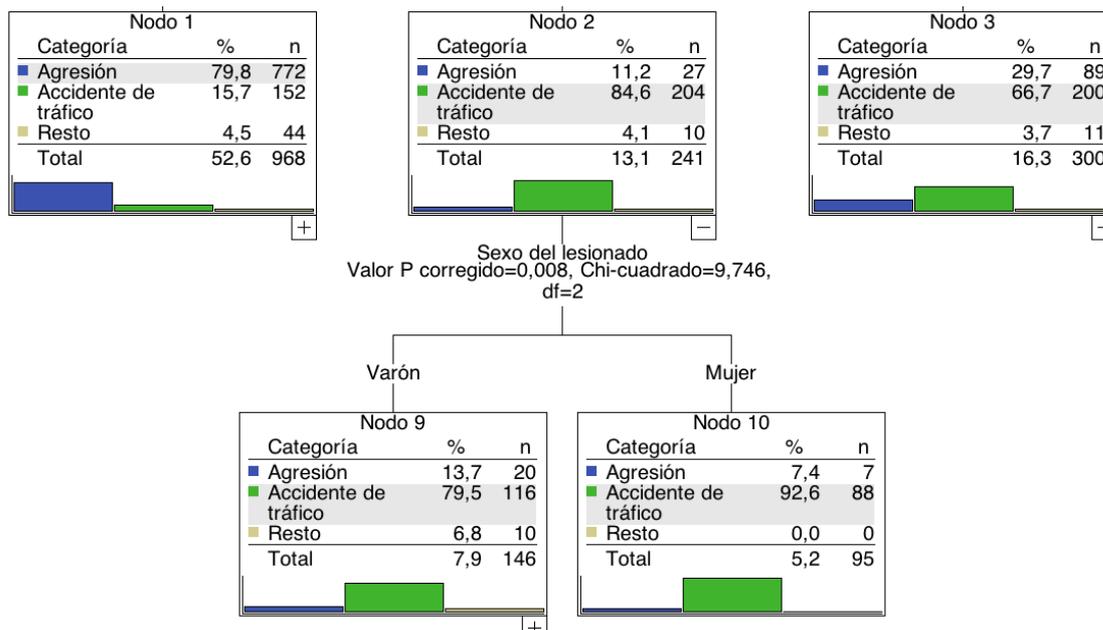


Figura 8. Rama 2, nivel 2.

- **Rama 2, nivel 2: días de curación mayores de 100 días-sexo** (figura 8).
 - En el caso de los varones, las frecuencias son mayores frente a las mujeres. En ambos casos se aprecia un claro dominio de los accidentes de tráfico (nodo 9).
 - En el caso de las mujeres, los tramos de recuperación altos debidos a agresiones tienen una frecuencia muy baja (nodo 10).

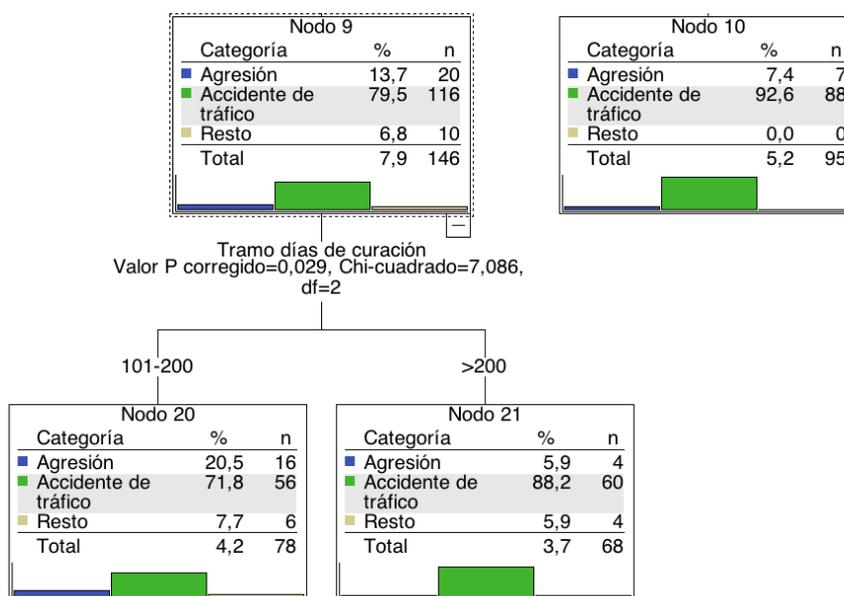


Figura 9. Rama 2, nivel 3.

- **Rama 2, nivel 3: días de curación mayores de 100 días-sexo varón- tramos días de curación** (figura 9).
 - En ambos nodos son los accidentes de tráfico preponderantes. Sin embargo, en el tramo que va de 101 a 200 días, las agresiones están más presentes que en el segundo (nodo 20).
 - El nodo 21 corresponde a aquellos tramos de curación mayores de 200 días. En este caso los accidentes de tráfico son claramente predominantes.

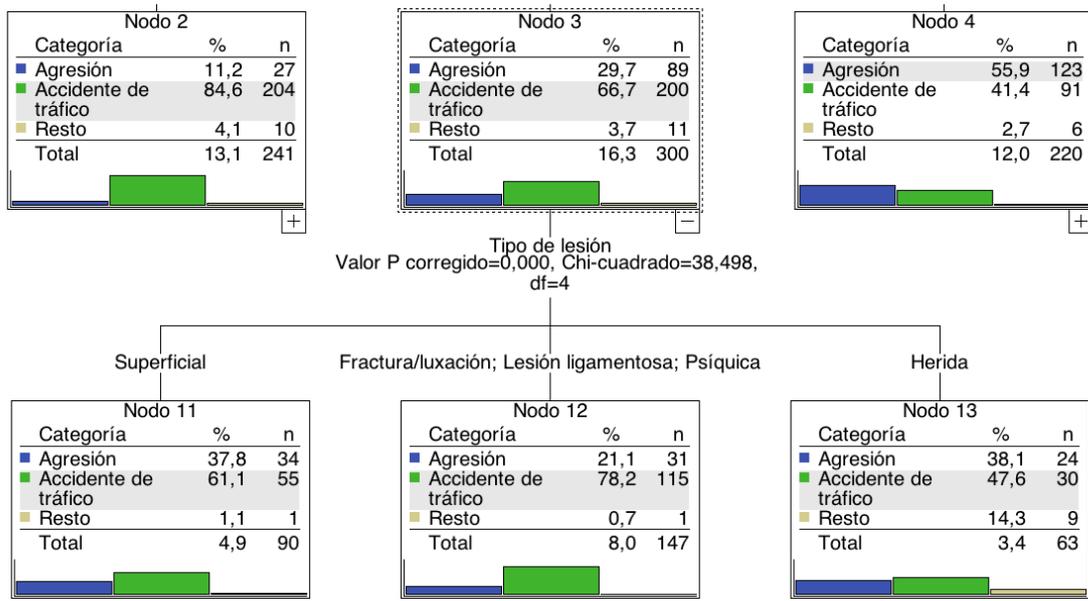


Figura 10. Rama 3, nivel 2.

- **Rama 3, nivel 2 : días de curación de 31 a 100 días-tipo de lesión** (figura 10).
 - Las lesiones superficiales aparecen en mayor proporción en los accidentes de tráfico, aunque en las agresiones exista una proporción aún considerable, un 37,8% del total (nodo 11).
 - Las fracturas, lesiones ligamentosas y psíquicas están claramente definidas por los accidentes de tráfico (nodo 12).
 - Por último, las heridas están en una proporción equivalente tanto en accidentes de tráfico como en las agresiones (nodo 13).

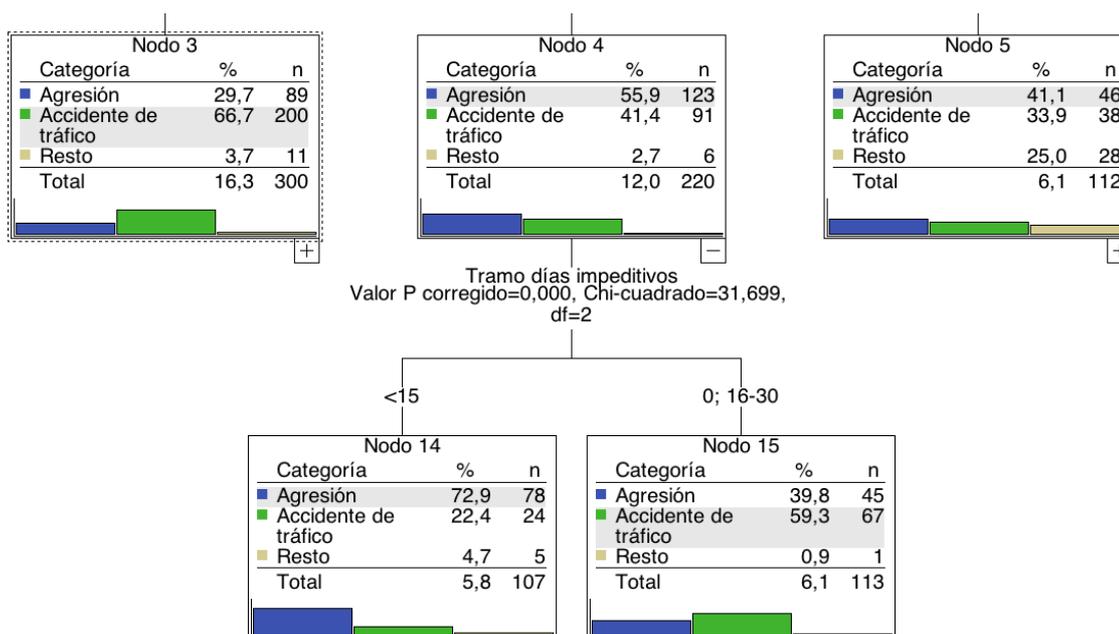


Figura 11. Rama 4, nivel 2.

- **Rama 4, nivel 2: días de curación de 16 a 30 días-tramo días impeditivos** (figura 11).
 - En el caso de que los días impeditivos hayan sido menores a 15 días, hay un predominio claro de las agresiones (nodo 14).
 - Cuando no hay días impeditivos o están en un periodo de 16 a 30 días, los casos de accidentes de tráfico se encuentran en mayor proporción (nodo 15).

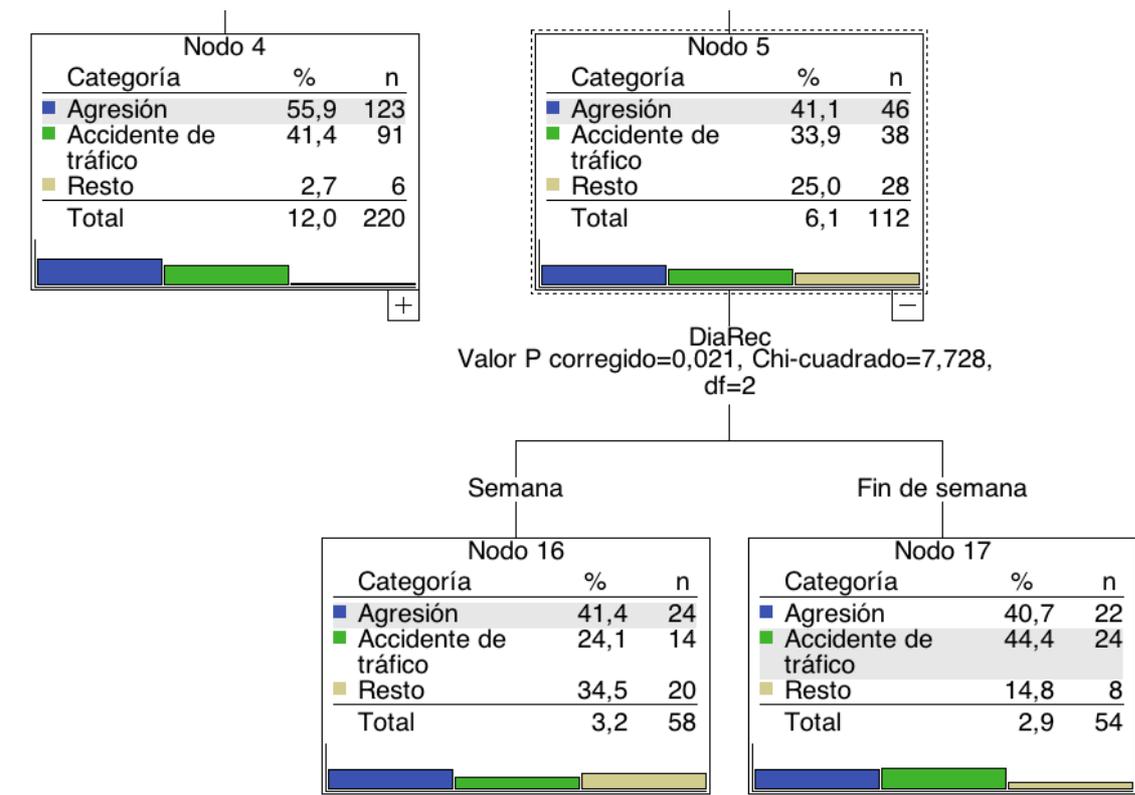


Figura 12. Rama 5, nivel 2.

- **Rama 5, nivel 2: ningún día de curación-días laborables frente a fines de semana** (figura 12).
 - Las agresiones se producen de forma similar durante la semana que en el fin de semana. El resto de accidentes suceden con mayor frecuencia durante la semana. (nodo16).
 - Existe un mayor porcentaje de accidentes de tráfico durante el fin de semana (nodo 17).

Una vez determinadas las interacciones entre agresiones y accidentes de tráfico, se aplica el algoritmo con la muestra restante de suprimir las anteriores causas. El número de individuos cuya causa de lesiones excluye accidentes de tráfico y agresiones es de 99. Debido a ello, las consideraciones iniciales han de modificarse respecto a las del modelo anterior. Se procede a agrupar en este caso, las mismas variables que en el supuesto anterior. Además, en la categoría de violencia doméstica se incluye la agresión sexual para facilitar el estudio. Como consta en la tabla 27, para poder representar correctamente las causas se impone una profundidad máxima de árbol de 3, un mínimo de casos en nodo parental de 40 y un mínimo de 20 en el caso filial. En este segundo modelo se incluyen las mismas variables independientes que en el anterior, si bien, únicamente se seleccionan tres en el resultado. Se obtienen un total de 7 nodos, 4 de ellos terminales.

	Método crecimiento	Chaid
Especificaciones	Variable dependiente	Causa
	Variables independientes	Sexo
		Edad agrupada
		Topografía
		Tipo de lesión
		Tratamiento
		Tramo días curación
		Tramo días impeditivos
		Secuelas
		Estación año
		Día recodif.
		Profesión
		Nº partes
		Máx. profundidad árbol
	Mín. casos nodo parental	40
	Mín. casos nodo filial	20
Variables independientes incluidas	Tramo días curación	
	Tratamiento	
	Sexo	
Resultados	Núm. nodos	7
	Núm. nodos terminales	4
	Profundidad	2

Como se muestra a continuación en la tabla 28, los accidentes laborales (12 casos) y las autolisis (6 casos) no consiguen representarse correctamente. No obstante el porcentaje total pronosticado es del 61,6%, obteniendo en el caso de los detenidos y la violencia doméstica porcentajes muy altos.

Tabla 28. Porcentaje observado y pronosticado en el modelo reducido.						
Clasificación						
Observado	Pronosticado					
	AC	AL	AU	DE	VD	% correcto
AC	14	0	0	6	11	45,2%
AL	8	0	0	4	0	0,0%
AU	1	0	0	2	3	0,0%
DE	0	0	0	14	2	87,5%
VD	0	0	0	1	33	97,1%
% global	23,20%	0,00%	0,00%	27,30%	49,50%	61,6%

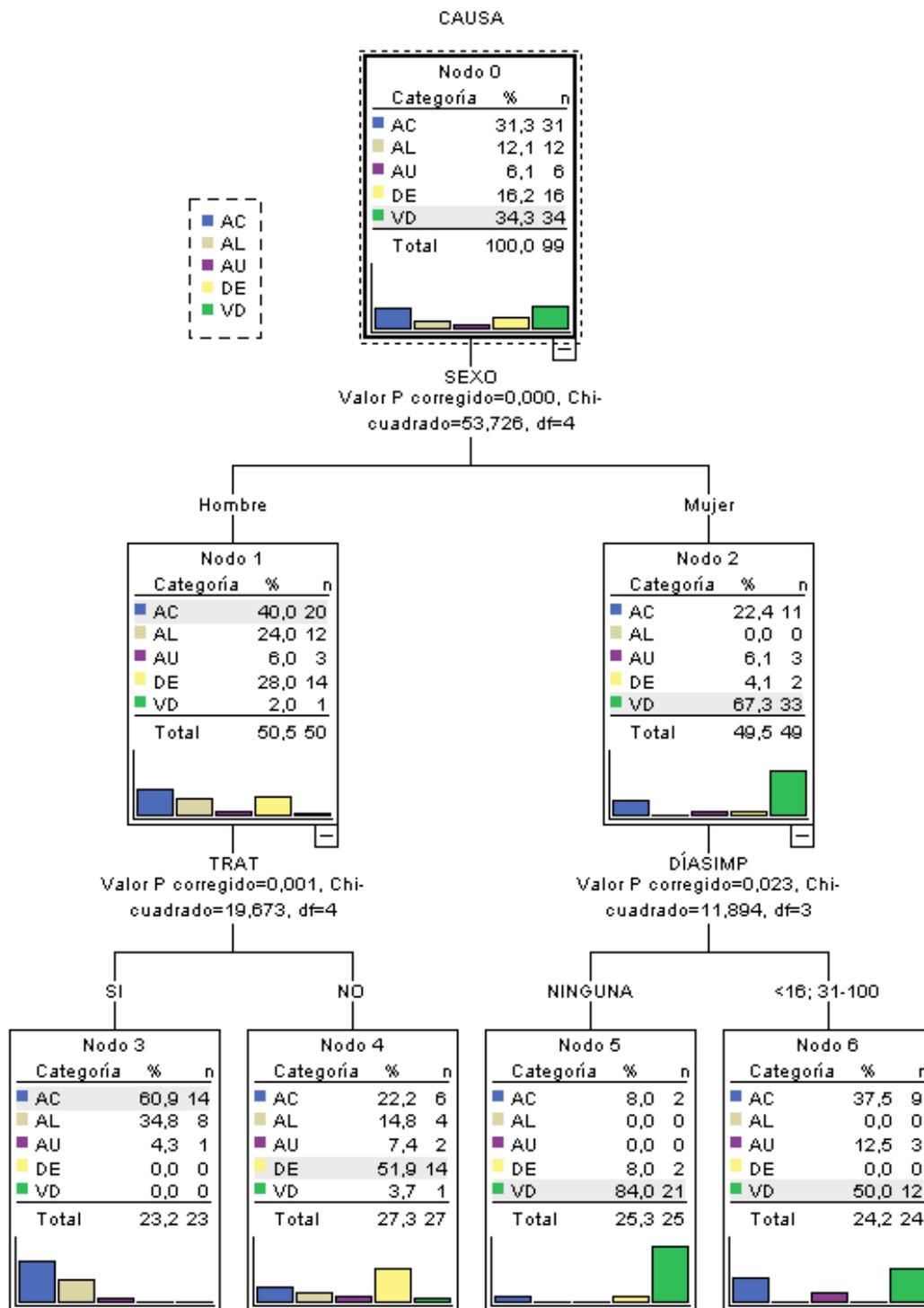


Figura 13. Árbol de segmentación del modelo reducido.

- **Nivel 1: sexo** (figura 13).
 - El primer nodo, que representa al hombre, se observa un predominio de los accidentes casuales y un reparto equilibrado entre los accidentes laborales, que en su totalidad se dan en varones, y los detenidos que también están en número superior respecto a la mujer (nodo 1).
 - La carga de la mujer se aprecia claramente sobre la violencia doméstica. Las autolisis en ambos sexos están en proporciones similares (nodo 2).
- **Rama 1, nivel 2: hombre-tratamiento.**
 - Aquellos hombres que han recibido tratamiento se concentran totalmente en los accidentes casuales y laborales (nodo 3).
 - Los que no han recibido tratamiento, por el contrario, se dan fundamentalmente en los detenidos (nodo 4).
- **Rama 2, nivel 2: mujer-días impeditivos.**
 - Más de la mitad de las mujeres que sufren violencia doméstica se estabilizan de sus lesiones sin estar impedidas para sus actividades habituales, un 63,6% del total (nodo 5). Es importante matizar que este nodo está representado principalmente por el grupo de violencia doméstica.
 - Este nodo es más heterogéneo que el anterior, con mayor presencia de otros grupos como son las autolisis y accidentes casuales. No obstante, la violencia doméstica sigue suponiendo la mayor parte, representando el 50% de este nodo (nodo 6).

5.2. MUERTES JUDICIALES

5.2.1. Edad

Como muestra la tabla 29, la media de edad de los fallecidos es de 50.54 ± 22.16 años, siendo la edad más repetida 18 y 23 años. Sin embargo, la década de edad más frecuente se sitúa en los 70-79 años de edad, con 49 casos de autopsias judiciales, el 15,3% del total (tabla 30 y gráfica 17). La menor edad recogida es de 0 años (sujeto con días o meses de edad), y la mayor es de 93, existiendo únicamente dos registros de autopsias judiciales mayores de 90 años.

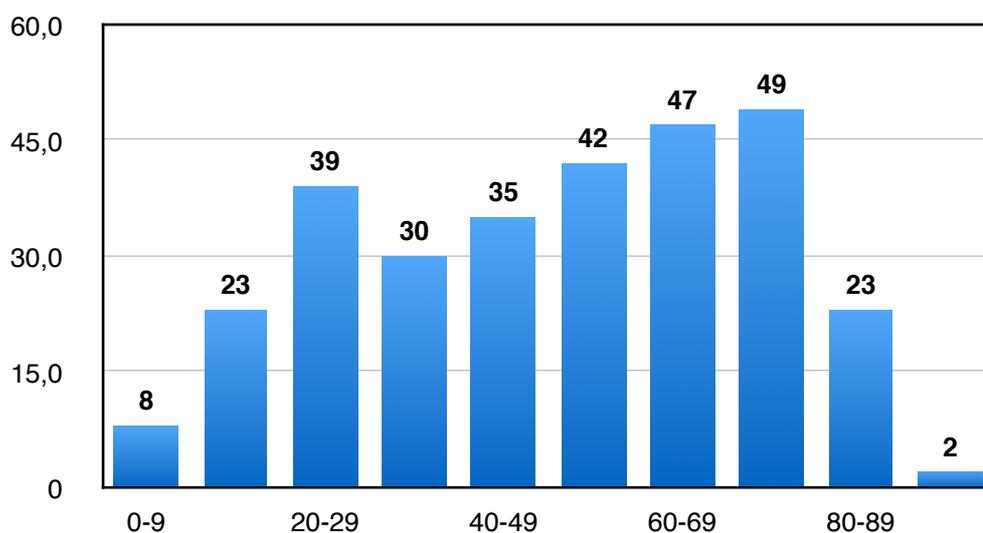
Tabla 29. Estadísticos de la edad del fallecido.	
Estadísticos	
N Válidos	298
Perdidos	22
Media	50,54
Mediana	53,50
Moda	18 ^a
Desv. típ.	22,16
Varianza	491,02
Rango	93,00
Mínimo	0,00
Máximo	93,00
a. Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores	

Respecto a la década de edad (gráfica 17), las menos frecuentes son, como ya se ha mencionado, las próximas a los extremos de la vida, recalcando que estos datos se refieren únicamente a las muertes judiciales y no teniendo necesariamente relación con el número de muertes total de la población. En la tabla 30 se distribuye la frecuencia según la década de edad atendiendo al sexo del fallecido, observando que la década de edad donde transcurren más muertes judiciales en mujeres (década de los 70-79 años, con 22 registros de 80) difiere de los varones (edades entre 50-59 años, con 38 casos de 240). El menor número de fallecidos judiciales en ambos sexos es a partir de los 90 años, con un registro, en las mujeres además hay un único caso en la década de los 30-39 años. Destaca el elevado número de registros perdidos, un total de 22 de 320 casos, el 6,9%, pudiendo deberse a aquellos fallecidos no identificados en un primer momento.

Tabla 30. Distribución según la década de edad y sexo.

Década de edad	Frecuencia		Total	Porcentaje
	Mujer	Varon		
0-9	5	3	8	2,5
10-19	7	16	23	7,2
20-29	5	34	39	12,2
30-39	1	29	30	9,4
40-49	7	28	35	10,9
50-59	4	38	42	13,1
60-69	12	35	47	14,7
70-79	22	27	49	15,3
80-89	10	13	23	7,2
>90	1	1	2	0,6
Perdidos	6	16	22	6,9
Total	80	240	320	100,0

Gráfica 17



En la tabla 31 se hace referencia a la distribución de la década de edad atendiendo a la etiología médico-legal de la muerte, observando que la mayor frecuencia es coincidente en la etiología natural (21 casos de 80) y suicida (con 14 registros de 47) en la década de 70-79 años. Sin embargo, en las muertes accidentales la mayor frecuencia se registra en la década de los 20-29 años, con 34 casos de 163.

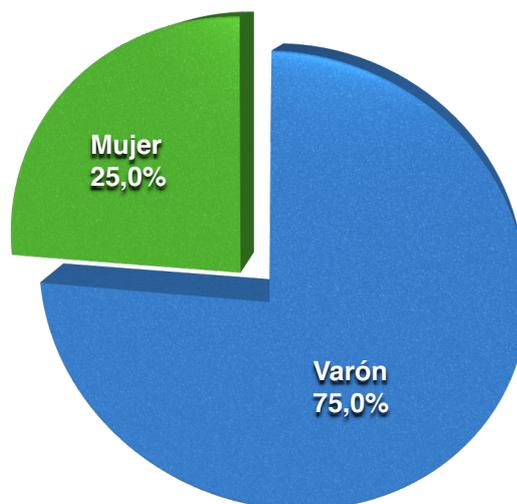
Década de edad	Etiología médico legal					Total
	Natural	Accidental	Suicida	Homicida	Indeterminada	
0-9	2	5	0	1	0	8
10-19	0	20	3	0	0	23
20-29	1	34	3	1	0	39
30-39	4	23	2	1	0	30
40-49	8	25	2	0	0	35
50-59	13	22	5	2	0	42
60-69	18	16	12	1	0	47
70-79	21	12	14	1	1	49
80-89	11	6	6	0	0	23
≥90	2	0	0	0	0	2
Total	80	163	47	7	1	298

5.2.2. Sexo

Durante los quince años que abarca este estudio se realizaron tres autopsias judiciales de varones por cada una de mujer, un total de 240 hombres (el 75% del total) y 80 mujeres (el 25%). Las autopsias judiciales están íntimamente relacionadas con las muertes violentas (accidentes, suicidios, homicidios y/o sospechosas de criminalidad), pudiendo entender con estos resultados que el sexo masculino es más propenso a sufrir eventos violentos que puedan finalmente ocasionar la muerte. Estos resultados se muestran en la tabla 32 y gráfica 18.

Sexo	Frecuencia
Varón	240
Mujer	80
Total	320

Gráfica 18. Distribución según el sexo.



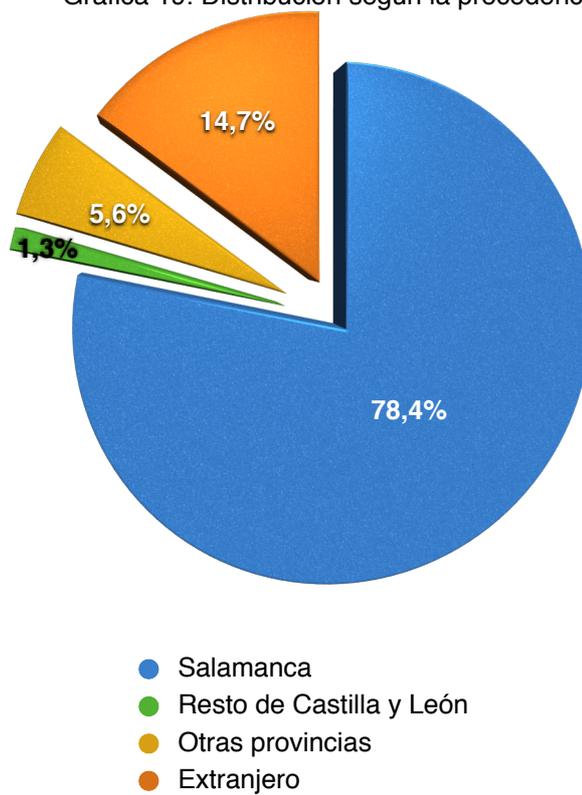
5.2.3. Provincia o país de procedencia

Como se aprecia en la tabla 33, el 75% de los sujetos estudiados provienen de la provincia de Salamanca, un total de 240 personas, destacando también 41 fallecidos (el 12,8%) procedentes del país vecino que colinda con el Partido Judicial al que nos referimos. De la comunidad de Castilla y León se registraron 4 individuos, y un total de 17 sujetos del resto de España (tabla 34 y gráfica 19), conformando el 7% del total en conjunto. Además de los fallecidos de nacionalidad portuguesa, constan otros 4 registros de personas extranjeras, concretamente de Francia (2 individuos), República Checa y EEUU.

Provincia o País	Frecuencia	Porcentaje
Salamanca	240	75,0
Portugal	41	12,8
Cáceres	5	1,6
Madrid	4	1,3
Guipúzcoa	3	0,9
Francia	2	0,6
Zamora	2	0,6
Albacete	1	0,3
Burgos	1	0,3
República Checa	1	0,3
EEUU	1	0,3
León	1	0,3
Lugo	1	0,3
Orense	1	0,3
Sta. Cruz de Tenerife	1	0,3
Vizcaya	1	0,3
Perdidos	14	4,4
Total	320	100,0

Tabla .34 Distribución según la procedencia agrupada.	
Provincia o País	Frecuencia
Salamanca	240
Resto de Castilla y León	4
Otras provincias	17
Extranjero	45
Total	306

Gráfica 19. Distribución según la procedencia

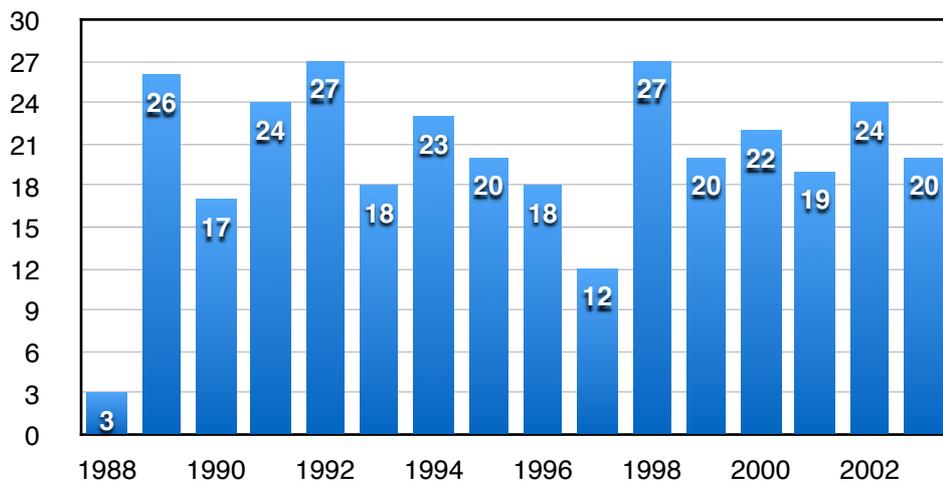


5.2.4. Año de fallecimiento

Durante los quince años analizados, las muertes se distribuyen aproximadamente de forma similar, aunque en los años 1992 y 1998 son en los que constan el mayor número de muertes judiciales, un total de 27, el 8,4%. En el año 1989 se registraron 26 autopsias, el 8,1% del total. El año con menos fallecidos judiciales fue 1997, con 12 casos de 320, el 3,8%. Estos resultados pueden observarse en la tabla 35 y gráfica 20.

Año	Frecuencia	Porcentaje
1988	3	0,9
1989	26	8,1
1990	17	5,3
1991	24	7,5
1992	27	8,4
1993	18	5,6
1994	23	7,2
1995	20	6,3
1996	18	5,6
1997	12	3,8
1998	27	8,4
1999	20	6,3
2000	22	6,9
2001	19	5,9
2002	24	7,5
2003	20	6,3
Total	320	100,0

Gráfica 20. Distribución según el año de fallecimiento.

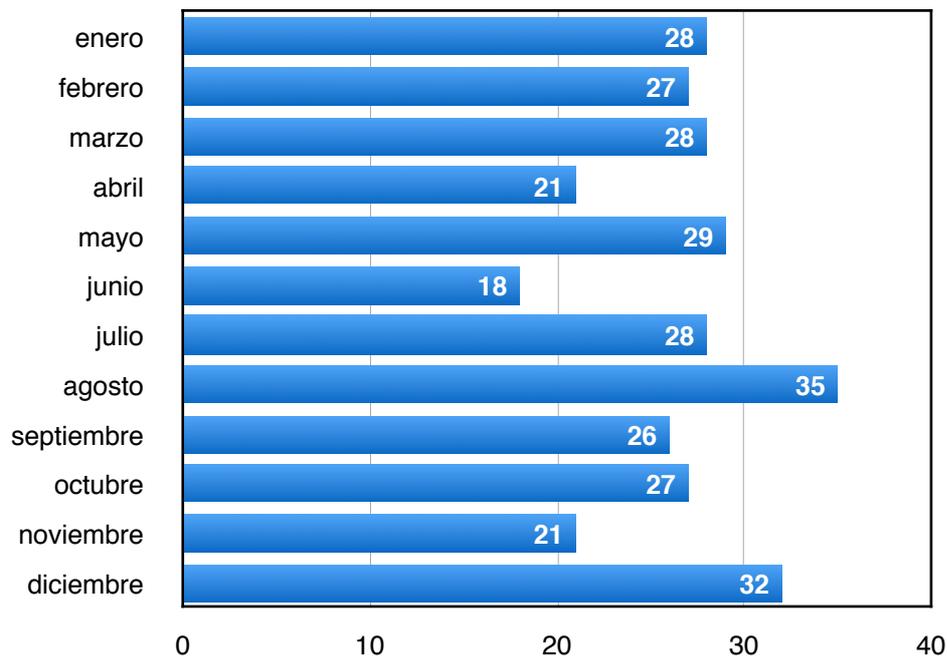


5.2.5. Mes de fallecimiento

Los meses con más registros de muertes judiciales son agosto y diciembre, con 35 y 32 casos, el 10,9% y 10% respectivamente. Junio es el mes en el que constan menos fallecidos, con 18 sujetos, el 5,6% del total. Estos datos se muestran en la tabla 36 y gráfica 21.

Mes	Frecuencia	Porcentaje
enero	28	8,8
febrero	27	8,4
marzo	28	8,8
abril	21	6,6
mayo	29	9,1
junio	18	5,6
julio	28	8,8
agosto	35	10,9
septiembre	26	8,1
octubre	27	8,4
noviembre	21	6,6
diciembre	32	10,0
Total	320	100,0

Gráfica 21. Distribución según el mes del óbito.



5.2.6. Día de la semana

Como consta en la tabla 37 y gráfica 22, destacan las muertes registradas en domingo, un total de 77 sobre 320, que supone el 24.1%. El resto de los días tienen porcentajes entre el 12-15%, a excepción del jueves, siendo el día con menos cantidad de fallecidos, 31 sujetos, el 9.7% del total. En la tabla 38 se especifica el día de la semana atendiendo a la etiología médico-legal, apreciando que en todas coincide el domingo como día de la semana en el que consta mayor frecuencia de casos. La muerte indeterminada, que por motivos prácticos no se incluye en la tabla, aconteció durante un lunes.

Tabla 37. Distribución según el día de la semana.

Día de la semana	Frecuencia	Porcentaje
Lunes	39	12,2
Martes	42	13,1
Miércoles	41	12,8
Jueves	31	9,7
Viernes	42	13,1
Sábado	48	15,0
Domingo	77	24,1
Total	320	100,0

Gráfica 22. Distribución según el día de la semana

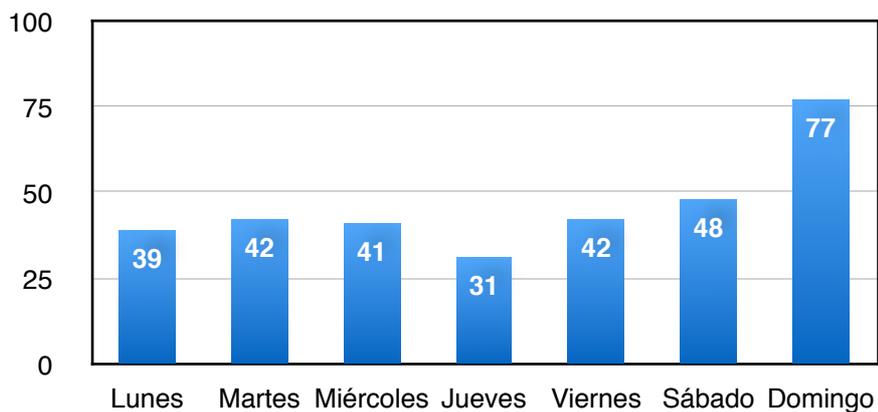


Tabla 38. Distribución del día de la muerte según la etiología.

Día de la semana	Etiología médico legal				Total
	Natural	Accidental	Suicida	Homicida	
Lunes	11	24	2	1	38
Martes	15	21	6	0	42
Miércoles	13	21	6	1	41
Jueves	7	16	7	1	31
Viernes	14	20	8	0	42
Sábado	8	31	8	1	48
Domingo	17	46	11	3	77
Total	85	179	48	7	319

5.2.7. Lugar del hecho

Conviene aclarar que el lugar del hecho se refiere a la localización donde se procede a la práctica del levantamiento de cadáver, que suele coincidir con la topografía donde aconteció el óbito, pero no en todos los casos es así, por ejemplo si se procede al traslado del cadáver al centro sanitario o por motivos de ocultación de cadáver o pruebas en caso de muertes homicidas. La mayor parte de las muertes, un 44.7% (143 casos de 320), acontecen en la vía pública, si bien, aquí se incluye la única muerte de etiología indeterminada y la mayor parte de los fallecidos en accidentes de circulación, justificando este número tan elevado en relación con las otras opciones. Es significativo que 75 individuos, el 23.4% de las muertes judiciales, tengan lugar en el interior de la vivienda, ocupando el segundo lugar en frecuencia. En el lugar de trabajo del fallecido únicamente constan dos casos, que corresponden a accidentes laborales. Respecto al apartado “otros”, con un total de 15 registros, el 4,7% del total, se refiere en esencia a establecimientos públicos o privados. Es llamativo que existan 22 sumersiones y únicamente se hallan registrado 21 fallecidos en el agua (el 6,6%), si bien este hecho tiene su explicación en el que el caso faltante se trataba de un bebé al que introdujeron en una lavadora, siendo el levantamiento del cadáver en la vivienda. Constan 17 casos perdidos, un 5,3% del total. En el campo se hallaron 34 personas fallecidas cuya muerte fue judicializada, el 10,6%, y en el centro sanitario de la comarca constan 13 muertes, el 4,1% de las autopsias practicadas durante 15 años, que se consideraron violentas o sospechosas de criminalidad, dando parte al

Juzgado que nos ocupa. Estos resultados pueden observarse en la tabla 39 y gráfica 23. En la tabla 40 se hace referencia al lugar del hallazgo del cadáver en relación con la etiología médico-legal, observando que, en el caso de las muertes naturales y suicidios, la localización más frecuente es la vivienda, con 44 casos de 78 y 16 registros de 44 respectivamente. En cuanto a las muertes de etiología accidental, 134 personas de 175, se hallaron en la vía pública, resultado por otra parte obvio si se considera que constan 131 accidentes de tráfico en el total de las autopsias practicadas.

Tabla 39. Distribución según el lugar de los hechos.

Lugar del hecho	Frecuencia	Porcentaje
Vivienda	75	23,4
Agua	21	6,6
Local de trabajo	2	0,6
Vía pública	143	44,7
Campo	34	10,6
Centro Sanitario	13	4,1
Otros	15	4,7
Perdidos	17	5,3
Total	320	100,0

Gráfica 23. Distribución según el lugar de hallazgo del cadáver

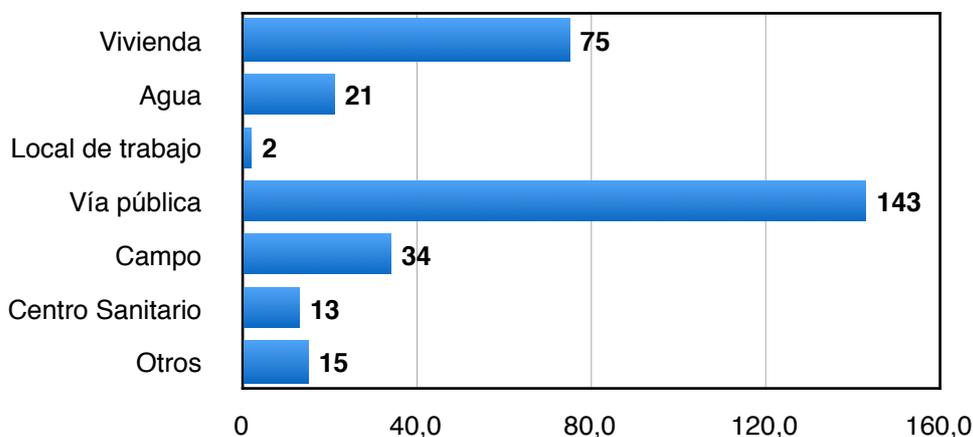


Tabla 40. Distribución del lugar del hallazgo según la etiología.

Lugar fallecimiento	Etiología médico legal				Total
	Natural	Accidental	Suicida	Homicida	
Vivienda	44	14	16	1	75
Agua	0	9	12	0	21
Local de trabajo	0	2	0	0	2
Vía pública	3	134	5	0	142
Campo	14	6	10	4	34
Centro Sanitario	8	5	0	0	13
Otros	9	5	1	0	15
Total	78	175	44	5	302

5.2.8. Etiología médico legal

Se muestra en la tabla 41 y gráfica 24 que más de la mitad de las muertes judiciales, en concreto un 55.9%, son motivadas por accidentes, 179 del total, de los cuales, 131, un 40.9% del total de los fallecidos estudiados, se trata de accidentes de circulación (tabla 42 y gráfica 25), y el resto, 48 registros, se deben a accidentes fortuitos o laborales, constando 10 muertes por sumersión, 20 caídas, 1 fulguración, 13 intoxicaciones (RADA: 8, CO: 2, alcohol: 2, y cianuro: 1), 2 muertes por aspiración, 1 accidente con arma de fuego, y una muerte de un varón tras caerle una portería mientras jugaba al fútbol. La muerte de etiología accidental es la más frecuente en ambos sexos, con 38 casos de 80 en las mujeres y 141 registros de 240 en varones. A las muertes judiciales de etiología accidental, le siguen en frecuencia con 85 casos, el 26,6% del total, las muertes naturales, que se judicializan debido a alguna sospecha de

criminalidad (lugar donde acontece el óbito, edad del fallecido, antecedentes, etc.). Las muertes suicidas suponen un 15% con 48 registros, siendo la suspensión el mecanismo utilizado con más asiduidad (25 sujetos). Otros métodos suicidas son la sumersión intencionada (12 casos), la precipitación (7), y constan además, dos casos de intoxicación (órgano fosforados y otra por monóxido de carbono), una decapitación y una muerte por atropello de tren. Durante 15 años también se registraron una muerte de etiología no determinada y 7 homicidios (únicamente el 2,2% del total), de los cuales, en dos de ellos se utilizó arma de fuego, en otros dos objetos contundentes, un caso de sumersión, un registro de homicidio por sofocación, y una intoxicación con sulfato de cobre. Respecto a la muerte de etiología indeterminada, se trata de una mujer arrollada por el tren, desconociendo la etiología exacta.

Etiología médico legal	Frecuencia		Total	Porcentaje
	Mujer	Varón		
Natural	26	59	85	26,6
Accidental	38	141	179	55,9
Suicida	12	36	48	15,0
Homicida	3	4	7	2,2
Indeterminada	1	0	1	0,3
Total	80	240	320	100,0

Gráfica 24. Distribución según la etiología

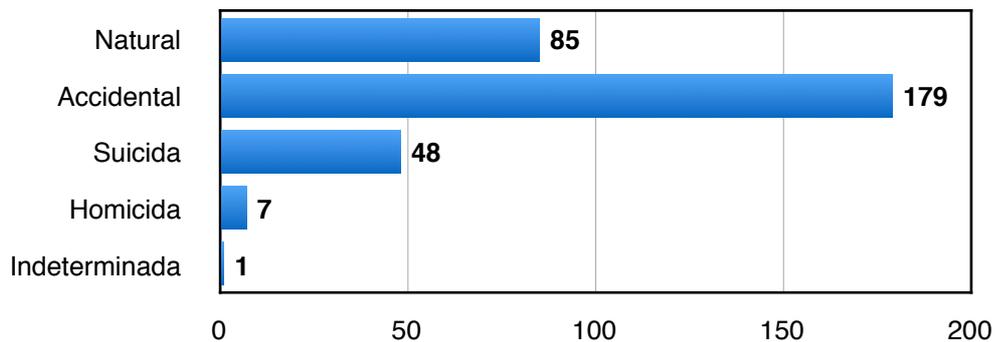
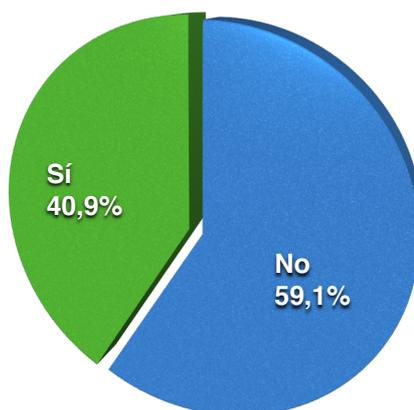


Tabla 42. Distribución según el tipo de accidente.

Accidente tráfico	Frecuencia
No	189
Sí	131
Total	320

Gráfica 25. Distribución según el tipo de accidente



5.2.9. Causa de la muerte

En la tabla 43 y gráfica 26 se observa que la causa de muerte más frecuente es el traumatismo, con 136 casos, un 42.5 % del total, seguido por la muerte de causa cardíaca con 46 registros (el 14,4%). Se contabiliza un cómputo total de 37 fallecidos (11,7% del total) por fallos orgánicos naturales (aparato respiratorio, patología vascular, patología digestiva o del sistema nervioso). Las muertes que tienen como causa el shock hipovolémico suponen el 10% de los casos con 32 registros de 320. Igualmente, llaman la atención los 16 fallecidos por intoxicación, de etiología principalmente accidental como se ha mencionado en los apartados anteriores. Como se aprecia en la tabla 43, coinciden las causas más frecuentes (traumatismo y causa cardíaca) independientemente del sexo. En la tabla 44 se muestra la distribución de frecuencia según la causa del óbito y atendiendo a la etiología médico-legal, observando que en las muertes naturales la causa por excelencia, con 45 registros de un total de 85, es la causa cardíaca. En las muertes de etiología accidental constan 124 casos de los 179 de muerte por traumatismo, y en las de etiología suicida, el método de elección es la suspensión, con 25 registros de un total 48. La causa de la muerte de etiología indeterminada fue traumatismo.

Tabla 43. Distribución según la causa de la muerte.

Causa	Frecuencia		Total	Porcentaje
	Mujer	Varón		
Suspensión	3	22	25	7,8
Aspiración	1	3	4	1,3
Sumersión	6	16	22	6,9
Traumatismo	33	103	136	42,5
Shock hipovolémico	9	23	32	10,0
Quemaduras	0	2	2	0,6
Aparato respiratorio	3	11	14	4,4
Cardíaca	14	32	46	14,4
Vascular	5	10	15	4,7
Aparato digestivo	2	2	4	1,3
Sistema nervioso	1	3	4	1,3
Intoxicación	3	13	16	5,0
Total	80	240	320	100,0

Gráfica 26. Distribución según la causa de muerte

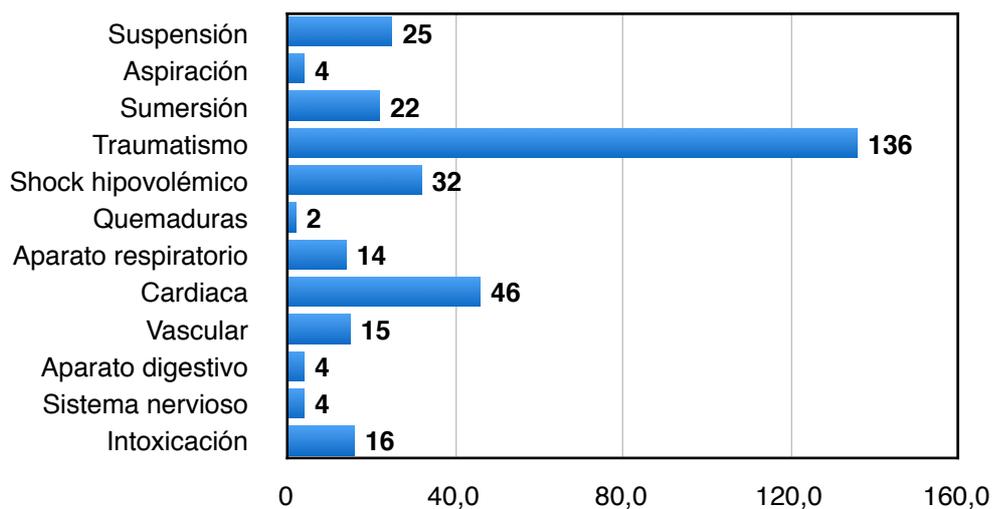


Tabla 44. Distribución de la causa según la etiología.					
Causa fallecimiento	Etiología médico legal				Total
	Natural	Accidental	Suicida	Homicida	
Suspensión	0	0	25	0	25
Aspiración	2	2	0	0	4
Sumersión	0	9	12	1	22
Traumatismo	0	124	9	2	135
Shock hipovolémico	2	28	0	2	32
Quemaduras	0	2	0	0	2
Aparato respiratorio	13	0	0	1	14
Cardiaca	45	1	0	0	46
Vascular	15	0	0	0	15
Aparato digestivo	4	0	0	0	4
Sistema nervioso	4	0	0	0	4
Intoxicación	0	13	2	1	16
Total	85	179	48	7	319

5.2.10. Examen complementario

Los exámenes complementarios, como aparece en la tabla 45 y gráfica 27, se solicitaron en 79 autopsias, un 24.7% de la totalidad de los casos. Se trata de variados estudios (biológicos, anatomo-patológicos, químico toxicológicos, entre otros), siendo el más frecuente el análisis químico toxicológico para la determinación de alcoholemia y screening de drogas de abuso y fármacos. Un mismo sujeto puede ser susceptible de varios estudios diversos. Respecto a los resultados, mencionar que, considerando positivos los resultados de estudio de alcoholemia iguales o mayores a 0.5 g/l, fueron positivos algo más de la mitad de los estudiados (28 casos de los 52 analizados) a este respecto. Se considera, en términos generales, que el número de solicitudes es escaso, teniendo su explicación más probable en la ausencia de cantidad de muestra suficiente, malas condiciones de las “salas de autopsia”, e incluso, carencia del material necesario, situaciones que desgraciadamente han sido muy frecuentes en las actuaciones médico legales de la época analizada. En la tabla 46 se observa la distribución de petición de examen complementario atendiendo a la etiología médico-legal, apreciándose que la mayor frecuencia de solicitudes de estudios recae en los casos de muertes de etiología accidental (60 de 179), seguida por la natural (12 registros de un total de 85). En la única muerte de etiología indeterminada no se demandaron análisis complementarios.

Tabla 45. Distribución según la solicitud de exámenes complementarios.	
Examen complementario	Frecuencia
No	241
Sí	79
Total	320

Gráfica 27. Distribución según la petición de examen complementario

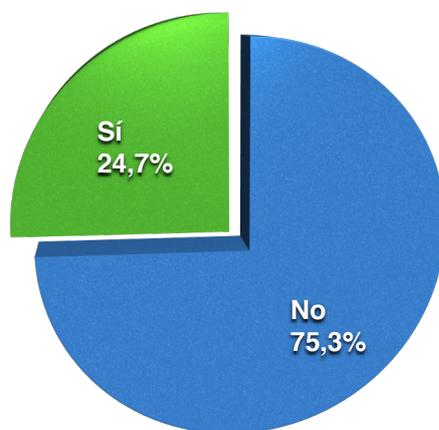


Tabla 46. Solicitud de examen complementario según la etiología			
Etiología médico legal	Examen complementario		Total
	No	Sí	
Natural	73	12	85
Accidental	119	60	179
Suicida	44	4	48
Homicida	4	3	7
Total	240	79	319

5.2.11. Análisis de segmentación

En este caso, la variable dependiente es la etiología médico-legal de la muerte (natural, accidental, suicida, homicida e indeterminada). No obstante, dada la enorme descompensación entre las categorías por el escaso número de muertes de etiología homicida (7 del total) e indeterminadas (una muerte única), se opta por descartarlas de las muertes judiciales estudiadas para realizar el análisis de segmentación. Por tanto, el estudio se centrará en los 312 casos de muertes de etiología natural, accidental y suicida.

Como en el modelo de segmentación practicado en el epígrafe de lesiones, se procede a recodificar ciertas variables para facilitar el estudio. Al igual que en el anterior análisis, se ha incluido una variable estacional (“Estación”: Primavera, Verano, Otoño e Invierno) y otra según el día de la semana (“DíaRec”: semana laboral y fin de semana).

El modelo que se analiza tiene como variable dependiente la etiología médico legal modificada (sin homicios ni muerte indeterminada) y como regresoras al resto (año de fallecimiento, mes de fallecimiento, día de la semana, día de la semana recodificado, estación, sexo, década de edad, lugar del hecho, causa de la muerte, accidente de tráfico, y examen complementario). De todas ellas, el resultado del algoritmo selecciona solamente a 2 variables independientes. Como condicionantes del análisis se ha acotado superiormente la profundidad del árbol a 3 e inferiormente los nodos filiales a 20 y los parentales a 40. El número de nodos resultantes es 8, de los cuales 6 son nodos terminales. Este modelo se muestra en la tabla 47.

Tabla 47. CHAID etiología médico-legal de la muerte.		
	Método crecimiento	Chaid
Especificaciones	Variable dependiente	Etiología médico-legal
	Variables independientes	Sexo
		Década de edad
		Mes de fallecimiento
		Día de la semana
		Día recodif.
		Año de fallecimiento
		Estación
		Causa de la muerte
		Lugar del hecho
		Accidente de tráfico
		Examen complementario
		Máx. profundidad árbol
	Mín. casos nodo parental	40
Mín. casos nodo filial	20	
Variables independientes incluidas	Causa de la muerte	
	Accidente de tráfico	
Resultados	Núm. nodos	8
	Núm. nodos terminales	6
	Profundidad	2

En este modelo obtenemos un porcentaje de clasificación global del 92,0% como consta en la tabla 48.

Observado	Pronosticado			% correcto
	Natural	Accidental	Suicida	
Natural	81	4	0	95,3%
Accidental	1	169	9	94,4%
Suicida	0	11	37	77,1%
% global	26,3%	59,0%	14,7%	92,0%

Una vez descrito el modelo, se procede a analizar el árbol resultante (figura 14), cuya lectura se realizará nodo a nodo según las ramas resultantes para poder hacer más comprensible la interpretación de los resultados.

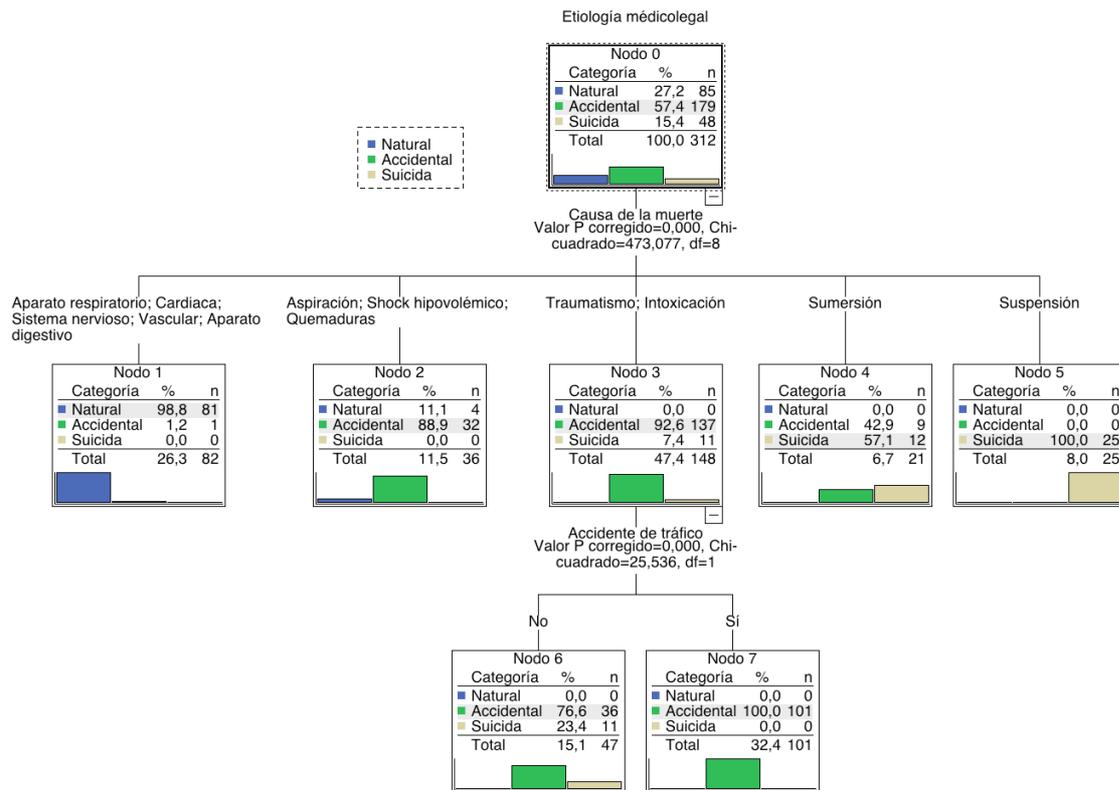


Figura 14. Modelo Chaid autopsias

• **Nivel 1: causa de la muerte** (figura 14).

- La mayor parte de las muertes naturales, 81 casos de un total de 85, son causadas por patologías del aparato respiratorio, enfermedad cardíaca, vascular, del sistema nervioso o del aparato digestivo. Consta un caso de muerte accidental en este epígrafe, que se refiere a la muerte por fulguración ya mencionada previamente (nodo 1).
- Se agrupan la aspiración, el shock hipovolémico y las quemaduras. Este grupo está representado principalmente por muertes de etiología accidental, aunque constan también 4 muertes naturales (shock hipovolémico por patología vascular comúnmente) (nodo 2).

- Las muertes producidas por traumatismos e intoxicación son en el 92,6% de etiología accidental, siendo el resto suicidios (nodo 3).
 - Las muertes por sumersión son de etiología accidental o suicida, presentando frecuencias más equilibradas entre ambas categorías, el 42,9% y el 57,1% respectivamente (nodo4).
 - Las muertes causadas por suspensión son propias de etiología suicida (nodo 5).
- **Rama 3, nivel 2: traumatismo e intoxicación-accidente de tráfico.**
 - Las muertes producidas por traumatismos o intoxicación que no se deben a accidente de circulación son fundamentalmente de etiología accidental, aunque también está representada en este nodo en menor medida (el 23,4%, casi la cuarta parte del total) la etiología suicida (precipitaciones e intoxicaciones) (nodo 6).
 - La totalidad de muertes producidas por traumatismos e intoxicaciones acontecidos en accidentes de circulación se catalogan como muertes de etiología accidental (nodo 7).

5.3. INCAPACIDADES

En primer lugar se expondrán los resultados de carácter descriptivo para cada una de las variables estudiadas en forma de tablas de frecuencia, y a continuación se establecen la relación entre diversas variables mediante tablas de contingencia.

5.3.1. Edad

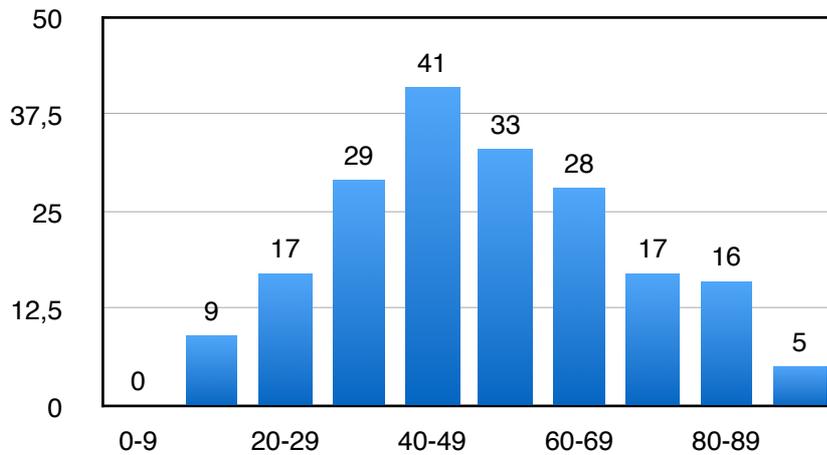
Como se observa en la tabla 49, la edad media es de $51.53 \pm 19,29$ años de edad, siendo la edad de 32 años la más frecuente. Por otro lado, destaca que la edad mínima de las personas de la muestra sometidas a una demanda de incapacitación es de 16 años, dato lógico si se tiene en cuenta que hasta la mayoría de edad los tutores son, de forma común, los progenitores, y el sujeto de mayor edad tenía 97 años.

Estadísticos		
N	Válidos	195
	Perdidos	3
Media		51,53
Mediana		50,00
Moda		32,00
Desv. típ.		19,29
Varianza		371,99
Rango		81,00
Mínimo		16,00
Máximo		97

Al agrupar la población por décadas de edad para facilitar el estudio, se comprueba que, como anteriormente se ha hecho constar, la mayor frecuencia de casos se sitúan en las décadas medias de la vida (40-49 años, el 20,7% del total), disminuyendo en número a medida que se acercan a los límites extremos. Hay tres valores perdidos referentes a la edad que se explica por el tiempo que transcurre entre que se hace efectiva la demanda de incapacidad y el momento de la exploración médico legal, siendo posible que se produzca el óbito de la persona a incapacitar o, incluso, el traslado a una residencia o domicilio de algún familiar fuera del Partido Judicial al que se está haciendo referencia. Estos resultados se muestran en la tabla 50 y gráfica 28.

Década de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-9	0	0
10-19	9	4,5
20-29	17	8,6
30-39	29	14,6
40-49	41	20,7
50-59	33	16,7
60-69	28	14,1
70-79	17	8,6
80-89	16	8,1
>90	5	2,5
Perdidos	3	1,5
Total	198	100,0

Gráfica 28. Distribución según década de edad

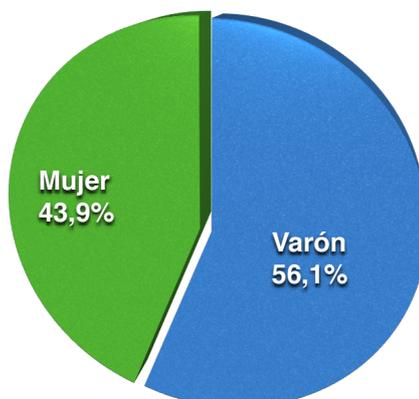


5.3.2. Sexo

El porcentaje mayor es para los varones, pero no de forma llamativa (56.1% frente a un 43.9%). De las 198 solicitudes de incapacidad, 111 hacían referencia a sujetos varones y 87 a mujeres. En comparación con otros datos recogidos para el presente estudio, por ejemplo, las muertes judiciales o lesiones, el número de casos atendiendo al sexo es más dispar. Se muestran los resultados en la tabla 51 y gráfica 29.

Sexo	Frecuencia
Varón	111
Mujer	87
Total	198

Gráfica 29. Sexo

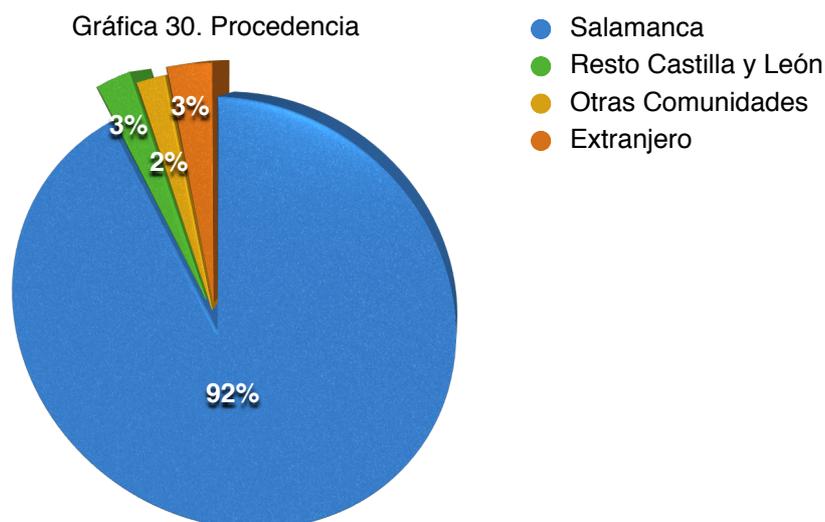


5.3.3. Provincia o país de procedencia

Se refiere este aspecto, al lugar de procedencia/nacimiento de la persona explorada, siendo obviamente, la provincia de Salamanca la más frecuente en la población (tabla 52). Cabe mencionar que considerados los casos de Castilla y León, resto de comunidades españolas y país extranjero, suponen prácticamente el mismo número de sujetos estudiados: 5, 4, y 6 respectivamente, y que probablemente tenga su explicación en el deseo de retornar a la tierra de origen, o bien, al traslado al domicilio de un familiar para su cuidado y atención. Estos resultados pueden apreciarse en la tabla 53 y gráfica 30.

Provincia o País	Frecuencia	Porcentaje
Ávila	2	1,0
Cáceres	1	0,5
Francia	2	1,0
Italia	1	0,5
Madrid	2	1,0
Pamplona	1	0,5
Portugal	3	1,5
Salamanca	179	90,4
Valladolid	2	1,0
Zamora	1	0,5
Perdidos	4	2,0
Total	198	100,0

Provincia o País	Frecuencia
Salamanca	179
Resto Castilla y León	5
Otras Comunidades	4
Extranjero	6
Total	194



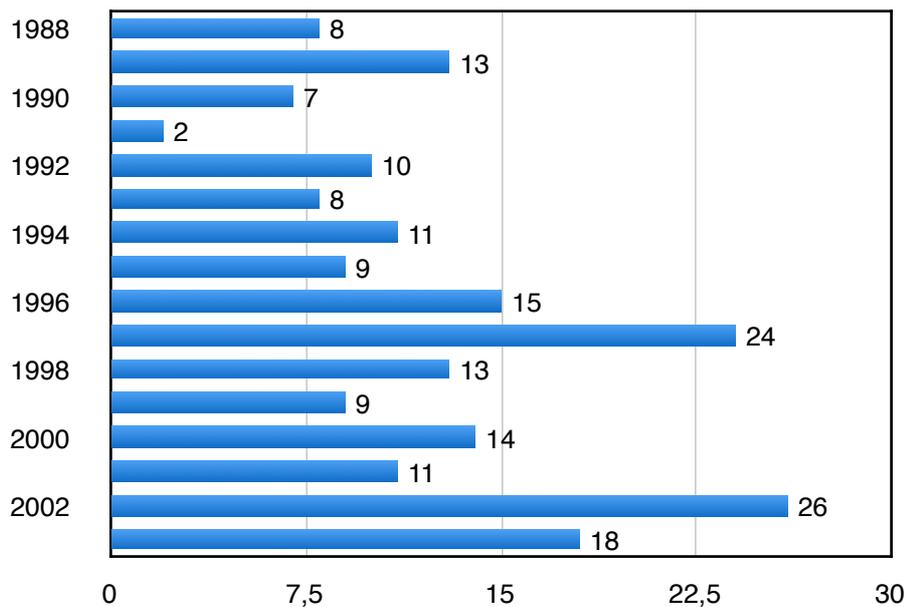
5.3.4. Año en el que se procede a la exploración

En relación a la fecha en que se produce la demanda, reconocimiento médico legal, o declaración de incapacidad, se considera que ésta no es relevante dados los múltiples factores de los que dependen estas cuestiones: desde situación familiar, social, y personal del individuo, agenda profesional del médico adscrito a los Juzgados que nos competen en este estudio, hasta de los días concretos que acude el Fiscal para la celebración de los juicios. No obstante, y como se muestra en la tabla 54 y gráfica 31, se aprecia un incremento de las exploraciones en el año 1997, 2002 y 2003, con 26, 24 y 18 registros, el 13,1, 12,1 y 9,1% respectivamente. Por el contrario, en el año 1991 constan únicamente dos informes de incapacidad realizados por el médico forense.

Tabla 54. Distribución según el año de exploración.

Año	Frecuencia	Porcentaje
1988	8	4,0
1989	13	6,6
1990	7	3,5
1991	2	1,0
1992	10	5,1
1993	8	4,0
1994	11	5,6
1995	9	4,5
1996	15	7,6
1997	24	12,1
1998	13	6,6
1999	9	4,5
2000	14	7,1
2001	11	5,6
2002	26	13,1
2003	18	9,1
Total	198	100,0

Gráfica 31. Año de exploración



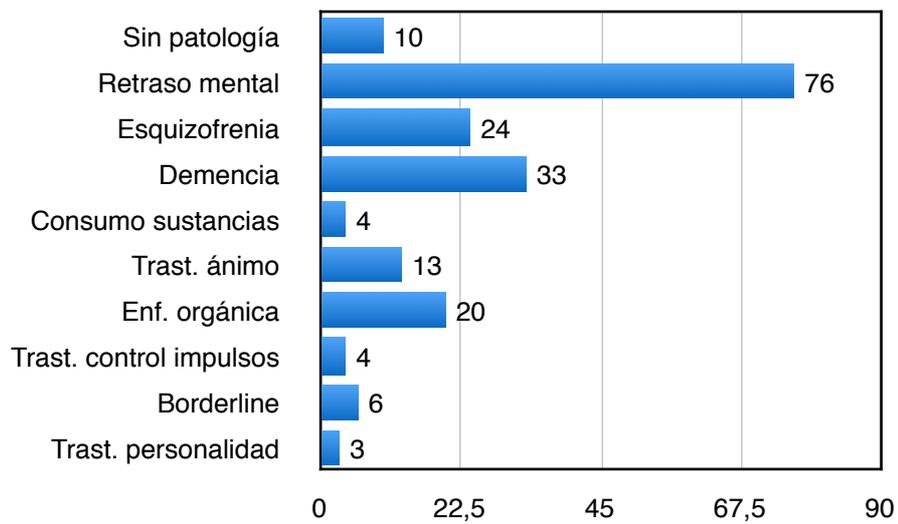
5.3.5. Causa de incapacitación

El mayor porcentaje de las demandas, un 38.4% del total (76 registros), se refieren a personas diagnosticadas de retraso mental, si bien, no se ha recogido en el presente estudio los grados dada a la agrupación de patologías realizada. El segundo lugar lo ocupan las demencias con un 16.7% (33 casos), y al igual que en la patología anterior, no se especifica el tipo de demencia con motivo de facilitar el análisis estadístico. En cuanto al epígrafe denominado “sin patología”, tiene su explicación en aquellas exploraciones realizadas (10 de 198 personas estudiadas, el 5,1%) en las que la persona carecía de trastorno alguno y, no obstante, se interpusieron las demandas de incapacidad por otro tipo de cuestiones, por ejemplo el interés económico, rencillas familiares, o motivos sociales entre otros. En la totalidad de estos casos se desestimó finalmente la demanda de incapacitación. Con menor frecuencia, el 12,1% del total, se registraron 24 solicitudes de incapacidad en personas con esquizofrenia. La enfermedad orgánica estaba diagnosticada en el 10,1% de la población, con 20 casos. Constan 13 exploraciones, el 6,6%, en personas con trastorno del ánimo. Los diagnósticos de consumo abusivo de sustancias, trastorno del control de impulsos, borderline y trastorno de personalidad fueron menos frecuentes que los anteriores, suponiendo en conjunto 17 registros, el 8,5% del total. Los resultados se muestran en la tabla 55 y gráfica 32.

Tabla 55. Distribución según la causa.

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	10	5,1
Retraso mental	76	38,4
Esquizofrenia	24	12,1
Demencia	33	16,7
Consumo sustancias	4	2,0
Trast. ánimo	13	6,6
Enf. orgánica	20	10,1
Trast. control impulsos	4	2,0
Borderline	6	3,0
Trast. personalidad	3	1,5
Perdidos	5	2,5
Total	198	100,0

Gráfica 32. Causa de incapacitación

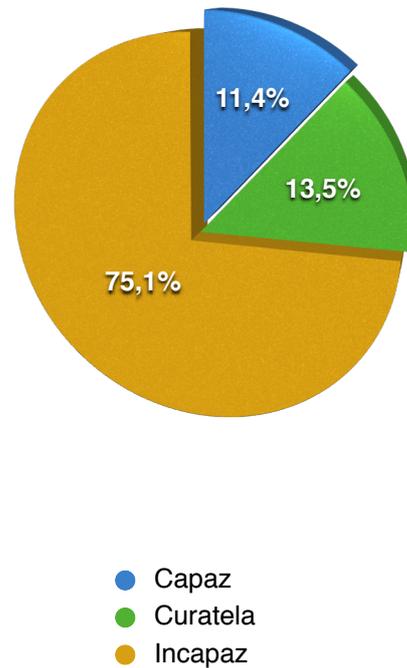


5.3.6. Conclusión médico legal

Como se aprecia en la tabla 56 y gráfica 33, en casi las tres cuartas partes de la muestra (73.2% del total con 145 registros) se concluyó con la imposibilidad de gobierno de la persona y de los bienes del sujeto explorado, que sumado al 13.1% de casos en los que se recomendó una curatela, hace pensar en la conveniencia de las demandas por incapacidad incoadas dada la concordancia con las conclusiones médico legales. Únicamente 22 personas, un 11,1% del total fueron declaradas capaces, de las cuales 10 carecían de patología alguna, entendiendo que las 12 restantes a pesar de padecer algún tipo de enfermedad no era de entidad suficiente como para limitar el gobierno de la persona ni de sus bienes.

Conclusión	Frecuencia	Porcentaje
Capaz	22	11,1
Curatela	26	13,1
Incapaz	145	73,2
Perdidos	5	2,5
Total	198	100,0

Gráfica 33. Distribución según la conclusión medico-legal



5.3.7. Relación entre la causa de incapacitación y la edad del explorado

Al realizar la pertinente tabla de contingencia relacionando la causa de incapacitación y la edad del sujeto, resulta que más del 90% de las celdas son menores a 5 no siendo, por tanto, posible realizar la prueba de chi-cuadrado. Por este motivo, se opta por agrupar la edad en tres tramos, como consta en la tabla 57 a continuación. No obstante, y a pesar de la agrupación, el número de casillas con frecuencia esperada menor a 5 supone el 70%, como se muestra en la tabla 58, siendo imposible por tanto, aplicar el test de chi-cuadrado. Podría procederse a agrupar la causa de incapacitación, sin embargo, no se ha estimado esta posibilidad al perder la coherencia clínica deseada para este estudio. Considerando las frecuencias puede apreciarse que, si bien, el retraso mental, la enfermedad orgánica y la

demencia, son los diagnósticos más frecuentes en el tramo medio de edad (30-69 años), con 57 casos de 76, 19 de 20, y 19 registros de 23 respectivamente, en el caso de la demencia se objetiva una clara tendencia en personas mayores de 69 años de edad (27 de 33). Es el tramo comprendido entre los 30 y 69 años el más frecuente, con 126 exploraciones, estando los otros dos con frecuencias más compensadas entre ellos (26 y 38 demandados de un total de 190). En el primer tramo de edad, hasta los 29 años, es en el que, en términos generales, menos frecuencia de solicitudes de incapacidad constan, a excepción de personas con diagnóstico de retraso mental (17 casos de 26 solicitudes en ese tramo de edad).

Causa de incapacitación	Edad del incapacitado			Total
	0-29	30-69	≥ 70	
Sin patología	0	6	4	10
Retraso mental	17	57	2	76
Esquizofrenia	3	19	1	23
Demencia	1	5	27	33
Consumo de sustancias	0	3	0	3
Trastorno del ánimo	1	9	3	13
Enfermedad orgánica	1	19	0	20
Trastorno del control de impulsos	0	3	1	4
Borderline	3	3	0	6
Trastorno de personalidad	0	2	0	2
Total	26	126	38	190

Tabla 58. Chi cuadrado causa-edad del incapacitado.			
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	120,917 ^a	18	0,00
Razón de verosimilitudes	114	18	0,00
Asociación lineal por lineal	0	1	1
N de casos válidos	190		
a. 21 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,27.			

5.3.8. Relación entre la causa de incapacitación y el sexo de la persona explorada

El grupo más frecuente en ambos sexos es en el retraso mental, con 31 registros en las mujeres y 45 en los varones, seguido por la demencia, con 20 y 13 casos respectivamente. En la tabla 59 no se aprecia mucha diferencia en cuanto a la distribución de la frecuencia de la patología que ocasiona la solicitud de incapacidad en relación al sexo. Sin embargo, se observa que apenas hay mujeres sin patología, no consta ningún caso de consumo abusivo de sustancias en el género femenino, aunque doblan a los varones en el diagnóstico de trastornos del ánimo (9 mujeres de un total de 13 individuos). También se objetiva un incremento respecto al varón en los casos de demencia, con una frecuencia de 20 mujeres de 33 registros totales. Como se muestra en la tabla 60, y debido a la escasa población, el

número de casillas con frecuencia esperada inferior a 5 es del 45%, no pudiendo aplicar, por tanto, el chi-cuadrado.

Tabla 59. Relación causa y sexo del incapacitado.

Causa de incapacitación	Sexo del incapacitado		Total
	Mujer	Varón	
Sin patología	1	9	10
Retraso mental	31	45	76
Esquizofrenia	9	15	24
Demencia	20	13	33
Consumo de sustancias	0	4	4
Trastorno del ánimo	9	4	13
Enfermedad orgánica	9	11	20
Trastorno del control de impulsos	2	2	4
Borderline	3	3	6
Trastorno de personalidad	1	2	3
Total	85	108	193

Tabla 60. Chi cuadrado causa- sexo del incapacitado.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,905 ^a		0
Razón de verosimilitudes	18	9	9
Asociación lineal por lineal	2	1	0
N de casos válidos	193		

a. 9 casillas (45,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,32.

5.3.9. Relación entre la causa de incapacitación y la conclusión médico-legal

En la tabla 61 se muestra la distribución de frecuencias de la causa de incapacitación atendiendo a la conclusión médico-legal. Al igual que en los epígrafes inmediatamente anteriores y como consta en la tabla 62, no puede aplicarse la prueba de chi-cuadrado porque el número de casillas cuya frecuencia esperada es inferior a 5 asciende a 22. El 100% de los individuos explorados que no presentaban patología, fueron declarados capaces. En el caso del diagnóstico borderline, un 50% necesitó una curatela para su gobierno o el de sus bienes, siendo el otro 50% capaz. En 73 de las 76 personas diagnosticadas de retraso mental se obtuvo la declaración de incapacidad total, necesitando los 3 sujetos restantes una curatela. Igualmente, la mayoría de los individuos con demencia fueron declarados incapaces (31 de 33 casos). Excepto dos sujetos diagnosticados de esquizofrenia que fueron declarados capaces, el resto fue susceptible de una incapacidad total (17 registros) o parcial (5 casos). Las personas con enfermedades orgánicas fueron objeto de una incapacidad total en su mayoría (17 de 20 individuos). En los individuos diagnosticados de trastornos del ánimo, así como los que padecían trastornos de personalidad, se recomendó una curatela en la mayor parte de la población (7 de 13 individuos, con 4 declarados incapaces totales en el caso de trastornos del ánimo, y el 100% de las solicitudes por trastorno de personalidad: 3 casos).

Causa de incapacidad	Conclusión médico legal			Total
	Capaz	Curatela	Incapaz	
Sin patología	10	0	0	10
Retraso mental	0	3	73	76
Esquizofrenia	2	5	17	24
Demencia	1	1	31	33
Consumo de sustancias	1	1	2	4
Trastorno del ánimo	2	7	4	13
Enfermedad orgánica	2	1	17	20
Trastorno del control de impulsos	1	2	1	4
Borderline	3	3	0	6
Trastorno de personalidad	0	3	0	3
Total	22	26	145	193

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	168,979 ^a	18	0
Razón de verosimilitudes	131	18	0
Asociación lineal por lineal	10	1	0
N de casos válidos	193		

a. 22 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,34.

6. DISCUSIÓN

6.1. LESIONES

La edad media de los lesionados es de $36.01 \pm 18,37$ años, aunque la más frecuente es 19 años de edad. La década de edad de 20-29 años es la más habitual con el 23,80% de la población. Se han descrito mecanismos lesivos propios de la adolescencia, como es el bullying³⁵¹, que en las últimas décadas son objeto de pericia médica de forma creciente y sin estudios concluyentes en España, aunque en términos generales se puede afirmar que afecta a la mitad de la población escolar, hecho que se menciona a tenor del elevado número de registros en este tramo de edad en el presente trabajo. En cuanto al sexo, el 64,6% de las personas lesionadas son varones. La mayor parte de las personas exploradas proceden de la provincia objeto de estudio, que supone el 92,7% del total. No obstante, cabe señalar que el 5% de los individuos proceden de otras nacionalidades, porcentaje superior al conjunto de los sujetos procedentes del resto de España, constando 57 personas originarias de Portugal de los 84 extranjeros registrados en total. Hay que destacar en este punto también, el alto porcentaje de valores perdidos en relación a la variable lugar de procedencia, el 8,8% del total, situación que ocurre igualmente en el caso de la variable profesión, con un 7,8% del total, teniendo su explicación en el hecho de que se trata de datos, en principio, no esenciales ni necesarios para la elaboración de un informe médico-legal de lesiones. Sin embargo, publicaciones más actuales resaltan la importancia de las agresiones en el

³⁵¹ GÓMEZ A, GALA FJ, LUPIANI M, BERNALTE A, MIRET MT, LUPIANI S et al. *El "bullying" y otras formas de violencia adolescente*. Cuad Med Forense. 2007;13(48-49). págs. 168-170.

ámbito profesional, concretamente en relación a determinadas profesiones como son la de médico o profesor, por las implicaciones legales que tienen hoy en día³⁵². Respecto a las profesiones más comunes registradas, la más frecuente es la de autónomo, con el 16,0%, seguida por los estudiantes (15,9%) y las amas de casa (el 13,6% del total).

Respecto al momento en el que acontece el hecho lesivo existe un claro incremento de la frecuencia durante el mes de agosto (13,3% del total) y los domingos (20,5% de los casos). Así mismo, se observa una elevada frecuencia en los sábados y viernes (16,1% y 14,1% respectivamente) en comparación con los días laborales. Es interesante destacar que la frecuencia de las lesiones acontecidas durante los martes es similar a la de los viernes, con el 13,9%, distanciándose de las frecuencias registradas en el resto de los días laborales, debiéndose a que es el martes cuando se celebra un mercado semanal en Ciudad Rodrigo, lo que deriva en una mayor cantidad de tráfico rodado y, por tanto, mayor probabilidad de accidentes con resultado de lesiones o muerte como se comprobará en el epígrafe posterior. Los años en que se registraron más hechos lesivos fueron 1990 (9,3% del total) y 1991, con el 9%. Los años en el que se realizan más informes de lesiones son 1991 con el 10,2%, seguido del año 1989 con el 9,5% del total, teniendo en cuenta que no tiene porqué coincidir el momento en el que acontecen las lesiones con el de la exploración médico-legal.

³⁵² MARTÍNEZ-LEÓN M, QUEIPO BURÓN D, IRURTIA MUÑIZ MJ, MARTÍNEZ-LEÓN C. *Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España)*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1). pág. 6.

Las agresiones y los accidentes de tráfico son las causas principales que motivan la exploración del médico forense. Las agresiones suponen más de la mitad de la totalidad de las actuaciones periciales realizadas, un 57,5% del total, y los accidentes de circulación el 32,2%. Otras causas analizadas en el presente estudio son los accidentes laborales, accidentes casuales, autolisis, agresiones sexuales, violencia doméstica y exploración de detenidos, que corresponden en conjunto al 5,4%.

En el 47,7% de las inspecciones las lesiones son superficiales, principalmente contusiones y erosiones. Además, las heridas están presente en el 25,5% de las personas exploradas. Las fracturas y luxaciones, consideradas lesiones de mayor entidad, aparecen en una proporción del 16,1% del total de los sujetos. Es importante señalar que, en el caso de accidentes de circulación, la lesión por excelencia y más estudiada en el ámbito de la medicina forense es el esguince cervical³⁵³, considerada lesión de tipo ligamentosa en el presente trabajo. El 17,7% de las lesiones se localizan en la cara, y el 17,4% en los miembros superiores, si bien, la topografía por excelencia, con el 21,0% del total es múltiple.

Las lesiones tardan en curar una media de 47-48 \pm 95,18 días, aunque lo más común son 8 días de curación. Algo más de la mitad de los lesionados estudiados, el 52,6%, curan en un periodo de tiempo inferior a 15 días, y el 16,3% lo hace en un periodo de 31-100 días. En relación con

³⁵³ DORADO FERNÁNDEZ E. *Criterios de estabilización en el traumatismo cervical leve. Aspectos médico-prácticos en valoración del daño corporal: nexo de causalidad y simulación*. En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. IX Jornadas de valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2011. pág. 33.

los días de curación, el 48,0% de los lesionados estuvieron impedidos para sus actividades habituales un periodo de tiempo inferior a 15 días, y el 20% del total sanó sin estar impedido ningún día. El tiempo medio que los lesionados están impedidos para realizar las actividades habituales como consecuencia de las lesiones sufridas es de $38,66 \pm 97,27$ días, aunque lo más frecuente es estar únicamente un día impedido.

En más de la mitad de los lesionados (56,0%) no fue necesario aplicar ningún tratamiento médico o quirúrgico además de la primera asistencia, hecho que coincide con el tipo de lesión más frecuentemente registrada en este estudio, que son las lesiones superficiales. La necesidad de tratamiento médico o quirúrgico, a pesar de ser un aspecto esencial del informe médico forense, es un concepto jurídico, que el juez podrá considerar o no en su sentencia³⁵⁴. También, por este motivo, es lógico que el 68% de los individuos explorados hayan curado sin secuelas. No obstante lo anterior, se observa que en el caso de lesiones cervicales leves ocasionadas en accidentes de circulación, lo habitual es que se establezca con secuelas, en concreto en el 69% de los varones y 83% de las mujeres³⁵⁵. Menéndez, Pera y Morcillo³⁵⁶ señalan, además, que los

³⁵⁴ VÁZQUEZ LÓPEZ JE. *Tratamiento médico, ¿Concepto jurídico? Nuevo acercamiento a la distinción entre el delito y la falta de lesiones. Análisis de una sentencia de interés.* Cuad Med Forense. 2013;19(1-2). pág. 52.

³⁵⁵ DORADO FERNÁNDEZ E. *Criterios de estabilización en el traumatismo cervical leve. Aspectos médico-prácticos en valoración del daño corporal: nexos de causalidad y simulación.* En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. IX Jornadas de valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2011. pág. 38.

³⁵⁶ MENÉNDEZ JA, PERA FJ, MORCILLO R. *Valoración de las lesiones oculares producidas en los accidentes de tráfico.* Cuad Med Forense. 2008;14(51). pág. 33.

accidentes de tráfico suponen aproximadamente la cuarta parte de las secuelas oculares que se exploran en la práctica forense diaria tras realizar un estudio retrospectivo en la Sección de Oftalmología de la Clínica Médico Forense de Madrid durante los años 2002-2006.

En este trabajo se han establecido relaciones estadísticas entre las causas que motivan las lesiones, en concreto las agresiones y los accidentes de circulación, con los días de curación, observándose que las lesiones padecidas en los accidentes de tráfico son las que necesitan mayor periodo de tiempo para la curación, siendo las producidas en agresiones las que menos tiempo precisan para su sanación.

Las lesiones que tardan en curar menos de 15 días representan el 52,6% del total, siendo alrededor del 80% originadas en agresiones, y se relacionan con la localización de las mismas. En este sentido, la topografía más frecuente es el grupo formado por las categorías extremidad superior, múltiple, cabeza, cuello y tronco, grupo en el que además existe una asociación significativa con los días impeditivos, estando representados los accidentes de tráfico en este grupo. En este caso, son las personas más jóvenes (grupo de edad de 0-29 años) las que son exploradas más frecuentemente por accidentes de tráfico, mientras que en el grupo de mayores de 30 años la lesión se debe principalmente a agresiones y sin apenas representación de los lesionados en accidente de circulación. Las lesiones por agresión localizadas en la cara conforman un grupo específico con una frecuencia del 12,9%. La extremidad inferior y la localización

denominada “ninguna” es el grupo más heterogéneo, con un reparto más proporcionado entre las diversas causas de lesiones.

Los periodos de curación mayores a 100 días tienen relación con los accidentes de tráfico, en concreto en el caso de las mujeres. En los varones, esta relación es más clara en el caso del tramo de tiempo superior a los 200 días, ya que algunas de las lesiones producidas en agresiones llegan a tardar en curar más de 100 días.

Existe poca diferencia entre las frecuencias de las lesiones producidas por agresiones y accidentes de tráfico que tardan en curar periodos entre 31-100 y 16-30 días. Respecto al primer tramo mencionado, se relaciona con el tipo de lesión, estableciéndose tres grupos claramente diferenciados. En el caso del grupo “fractura/luxación, lesión ligamentosa o psíquica” es más frecuente el daño ocasionado con motivo de un accidente de tráfico. El esguince cervical, lesión muy frecuente en los accidentes de tráfico, suele estabilizarse en un plazo medio de 75,7 días según Dorado Fernández³⁵⁷, siendo la media del periodo impeditivo para la actividad principal 43 días. Sin embargo, en el caso de las lesiones superficiales o las heridas el porcentaje de las lesiones por accidentes de tráfico y agresiones es similar.

³⁵⁷ DORADO FERNÁNDEZ E. *Criterios de estabilización en el traumatismo cervical leve. Aspectos médico- prácticos en valoración del daño corporal: nexo de causalidad y simulación*. En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. IX Jornadas de valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2011. pág. 38.

En cuanto al tramo de curación entre 16-30 días, se observa que existe relación con el tramo de días impositivos, de modo que las agresiones son la causa principal de las lesiones cuando los días impositivos para el sujeto son menores a 15, y en el caso de superarlos (tramo 16-30 días) o que no existan, las lesiones más frecuentes son las producidas en accidentes de circulación.

Hay casos de lesionados en los que no constan los días de curación, bien sea por archivo del procedimiento, traslado del expediente, casos de simulación, ausencia de lesiones o lesiones de escasa/nula entidad. En este grupo se aprecia relación con la variable “día rec”, de forma que los accidentes de tráfico son más frecuentes durante los fines de semana. La distribución de las lesiones por agresión en este grupo es homogénea. Las lesiones producidas por otras causas residuales son más frecuentes en días laborales.

Se ha observado relación entre estas causas residuales (accidentes casuales, accidentes laborales, autolisis, exploración de detenidos, violencia doméstica) con el sexo de la persona. En el caso de las mujeres, el 67,3% son inspeccionadas debido a lesiones producidas por violencia doméstica y agresiones sexuales, siendo en frecuencia los accidentes casuales (22.4%). El trabajo de Trias Capella³⁵⁸ sobre la violencia de género, pone de manifiesto que el 80,7% de la muestra estudiada (404

³⁵⁸ TRIAS CAPELLA ME, MARTÍN-FUMADÓ C, TARANILLA CASTRO AM, TRIAS CAPELLA R, BERNAL MARTÍ X, REBOLLO-SORIA M. *Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos*. Rev Esp Med Legal. 2013;39(1). pág. 8.

casos) fueron mujeres. Además, el grupo de la mujer se asocia con los días improductivos, poniéndose de manifiesto que los accidentes casuales y autolisis están representados en los periodos de impedimento, y cuando no existe limitación durante la curación están presentes las exploraciones de detenidos. La violencia doméstica se reparte de forma homogénea en estas dos segmentaciones.

En los hombres son más frecuentes las lesiones por accidentes casuales (40% de las causas residuales), seguidas por las producidas en condición de detenido (22,4%) y por accidentes laborales (24,0%). En este caso existe relación con la necesidad de tratamiento. El 60,9% de las lesiones producidas por accidentes casuales en varones necesita tratamiento, así como la mayor parte de las ocasionadas en accidentes laborales. Sin embargo, no es necesario aplicar un tratamiento médico o quirúrgico en el caso de las lesiones producidas en calidad de detenido. Respecto a esta condición particular del individuo, se denomina actualmente como privación de libertad, que es objeto de estudio detallado en los últimos años dada su repercusión judicial y mediática. En el presente trabajo se ha recogido únicamente la exploración de los detenidos como consecuencia a actos violentos con resultado de lesiones. No obstante, es preciso mencionar que son objeto de numerosas actuaciones periciales en las que interviene el médico forense³⁵⁹.

³⁵⁹ GUIJA VILLA JA, GINER JIMÉNEZ L, ROMERO DE LA CRUZ C, GUIJARRO SANTORO A, LÓPEZ AGUILAR FJ. Examen médico forense del estado mental en el juzgado de guardia. *Cuad Med Forense*. 2013;19(3-4). págs. 110-111. PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V, SANTOS AMAYA IM. *Muerte en privación de libertad (MPL)*. *Cuad Med Forense*. 2004;35. pág. 37.

El análisis estadístico realizado en el presente trabajo permite relacionar, en resumen, las lesiones debidas a agresiones con los periodos de curación, siendo más significativa en los periodos cortos y con escasos o ningún día de impedimento para las actividades habituales de la persona, puesto que lo más frecuente son las lesiones de tipo superficial y, por tanto, con menor repercusión clínica. Se observa, además, una afinidad de este tipo de lesiones para localizarse en la mitad superior del cuerpo.

Por otro lado, el daño corporal resultante en un accidente de tráfico se asocia significativamente a periodos prolongados de curación y con impedimento, debido a que se relacionan con lesiones de mayor gravedad, como son las fracturas y luxaciones. También se ha comprobado que existe relación entre los accidentes de circulación con el tramo de edad menor a treinta años. Además, los accidentes de circulación están asociado de forma altamente significativa a los fines de semana. En el caso de las agresiones existe una distribución más homogénea en relación al día de la semana. En relación con otras causas de lesiones como son los accidentes laborales, violencia doméstica, detenidos, autolisis u otros accidentes casuales acontecen de forma mayoritaria durante los días laborales.

Igualmente se han relacionado determinadas causas de lesiones con el sexo. Las lesiones por violencia doméstica se asocian a la mujer, y los daños corporales debidos a accidentes laborales y en condición de detenido son propios del varón. Los accidentes casuales están representados en ambos sexos de forma más proporcionada.

6.2. MUERTES JUDICIALES

Por muerte judicial se entiende toda muerte violenta o sospechosa de criminalidad. Se han realizado numerosos estudios para conocer mejor las variables asociadas a este tipo de fallecimientos. En este trabajo se ha observado que la etiología más frecuente hasta los 60 años es la accidental, y a partir de esa edad la muerte natural es la que predomina. De hecho, estudios en muestras poblacionales de edad superior a 65 años de edad, concluyen que las causas más frecuentes de muerte son los fallos orgánicos, ocupando las causas externas de morbilidad y mortalidad (muertes violentas) el décimo lugar, entendiéndose por tanto, que la autopsia judicial aporta más información clínica que judicial³⁶⁰.

La edad media de los fallecidos es de 50,54 ±22,16 años y, a pesar de que la edad más repetida son 18 y 23 años, el mayor porcentaje de las muertes judiciales corresponde a edades comprendidas entre 70 y 79 años (15,3% del total), seguido en frecuencia por el tramo de 60-69 años, con el 14,7%. Se aprecia que la tercera parte de la población es mujer, aunque la distribución del sexo en relación con otras variables, por ejemplo la etiología y causa de muerte, es proporcionada en ambos sexos. Cano et al³⁶¹ realizan un estudio retrospectivo de muertes de etiología suicida en menores de 26 años en la provincia de Sevilla y también observan una

³⁶⁰ LA ARENA-NAVARRO CR, CRESPO-ALONSO S, CASTELLÁ-GARCÍA J, MARTÍ-AMENGUAL G, MEDALLO-MUÑIZ J. *Autopsias judiciales en personas mayores de 65 años*. Rev Esp Med Legal. 2014;40(2). pág. 52.

³⁶¹ CANO F, RICO A, MARÍN R, BLANCO M, SANTOS M, LUCENA J. *Suicidio en menores de 26 años en Sevilla*. Cuad Med Forense. 2012;18(2). pág. 57.

proporción 3:1 atendiendo al sexo, con claro predominio masculino. La mayor parte de los finados proceden de la provincia de Salamanca, un 78% del total, y el 15% provienen del extranjero, en su mayoría de Portugal, con 41 casos de los 45 totales.

La distribución de las muertes violentas según el año es bastante homogénea durante los 15 años estudiados, siendo 27 el número máximo de fallecidos (8,4% del total) en los años 1992 y 1998, y 12 el número mínimo (3,8%) en 1997. El mes en el que se registran más muertes violentas es agosto (10,9% de los casos), seguido del mes de diciembre (10,0%). La mayor frecuencia de muertes violentas corresponde al domingo (24,1% del total), seguido del sábado (15,0%) y del viernes y martes, ambos con el 13,1%. Comparando estos datos con los indicados en otras publicaciones se aprecia que los resultados son similares en cuanto a la distribución de la frecuencia según sexo, distribución temporal, o incluso causa del óbito y etiología médico-legal, si bien, está claro que esta distribución depende obviamente de otros factores relativos a las características propias de la zona estudiada como es el factor cultural, topografía, entre otros. En este caso, la elevada frecuencia de hechos violentos con resultado de lesiones y muertes acontecida durante los martes tiene su explicación en la celebración de un mercado semanal en la localidad de Ciudad Rodrigo, cabeza del Partido Judicial objeto de este estudio.

En cuanto a la etiología de la muerte, la más frecuente es la accidental (55,9% del total), en la que destacan los accidentes de circulación (40,9%). En un estudio realizado en una población de Barcelona en sujetos de 10 a 19 años de edad, se concluye que el accidente es la etiología médico legal de la muerte más frecuente en adolescentes, y que la mortalidad aumenta conforme se incrementa la edad. Así mismo, se observa que la distribución por sexo tiene la misma proporción que la encontrada en el presente trabajo³⁶². La etiología natural ocupa el segundo lugar en frecuencia, con el 26,6% de las muertes totales, seguida por la etiología suicida, que supone el 15%. Los homicidios representan el 2,2%.

Considerando que la etiología principal de la muerte es la accidental, es lógico que la primera causa de muerte sea el traumatismo, con el 42,5% del total. Otros autores³⁶³ coinciden en establecer al traumatismo como causa principal de muerte, siendo relevante que la mitad de las mismas se deben a traumatismos cráneo-encefálicos, y son consecuencia, en orden de frecuencia, de accidentes de tránsito, traumatismos casuales y accidentes laborales. El 20% de los traumatismos craneales se asocian a otros traumatismos diversos que también deben ser objeto de estudio ³⁶⁴. Así

³⁶² MARRÓN MOYA T, MONGIL LÓPEZ I, GALLEGO HERRUZO G, LEAL BAZÁN MJ, MEDALLO MUÑIZ J, CASTELLÀ GARCÍA J. *Mortalidad judicial adolescente en Barcelona (1990-2005)*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(2):56.

³⁶³ PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V, PALOMO GÓMEZ I, LÓPEZ CALVO A, SANTOS AMAYA IM. *Patología forense y neurología asociada de los traumatismos cráneoencefálicos. Estudio práctico*. Cuad Med Forense. 2008;14(52). pág. 88.

³⁶⁴ FERRANTI DANIEL H, FONSECA A, SKAKAVAC N, ARAUJO JC, LOMBARDO R. *Muerte debida a lesiones no jerarquizadas en los politraumatismos con lesiones predominantes en el cráneo*. Cuad Med Forense. 2004;36. pág. 30.

mismo, se ha comprobado que la segunda causa de muerte es la patología cardíaca (14,4%), representando la mayor parte de las muertes naturales, que es la segunda etiología más frecuente. Por ese motivo es esencial proceder a un estudio completo de la víscera cardíaca, ya que la patología cardíaca supone el 80% de las muertes súbitas³⁶⁵. De hecho, es habitual identificar la muerte súbita del adulto con muerte de origen cardíaco, no siendo una práctica del todo precisa por lo que algunos autores proponen un método uniforme de investigación de estas muertes con el fin de determinar, en primer lugar, datos relevantes como es la incidencia real de la enfermedad cardíaca, así como la posibilidad de realizar patrones de las enfermedades que ocasionan una muerte súbita ³⁶⁶. El shock hipovolémico, en el 10% de los casos, está representado fundamentalmente en las muertes de etiología accidental, y muy relacionado con las muertes causadas por lesiones en grandes traumatismos. También puede ser la causa de muerte natural, por ejemplo en casos de rotura cardíaca, rotura de aneurisma de aorta, etc., si bien, no es lo más frecuente. La suspensión es la causa de muerte de etiología suicida más frecuente (7,8%). Este hecho está aceptado en la comunidad forense con numerosos estudios, entendiendo que los mecanismos de suicidio más comunes son la precipitación y la

³⁶⁵ MORENTIN-CAMPILLO B, SUÁREZ-MIER MP, AGUILERA-TAPIA B. *Autopsia cardíaca en patología forense*. Rev Esp Med Legal. 2013;39(3). pág. 106.

³⁶⁶ BASSO C, BURKE M, FORNES P, GALLAGHER PJ, GOUVEIA RH, SHEPPARD M et al. *Guías para la práctica de la autopsia en casos de muerte súbita cardíaca*. Cuad Med Forense. 2009;15(55). págs. 8-9.

ahorcadura³⁶⁷. La muerte por sumersión (6,9%) es de etiología suicida y accidental. En un estudio realizado sobre la muerte por sumersión entre los años 2004 y 2011, se observó que la etiología más frecuente era la accidental, seguida de la suicida³⁶⁸. Recientemente, las muertes de etiología suicida son objeto de interés científico principalmente para establecer programas de prevención de los mismos³⁶⁹. El hecho de la ausencia de estudios en este sentido había venido siendo criticada por algunos autores³⁷⁰. No obstante lo anterior, existe una gran dificultad para establecer normas que permitan clasificar y nombrar de forma homogénea las causas de muerte, considerando muchos profesionales sanitarios que la clasificación según CIE-10 utiliza una codificación de complejo uso, motivo por el cual, no se usa con la frecuencia debida³⁷¹. En el presente

³⁶⁷ MORA FONT A, ARROYO FERNÁNDEZ A, SÁNCHEZ FITÉ M, BARBAL PAGÈS M. *Suicidio. Estudio estadístico 2006-2011 en la comunidad autónoma de Cataluña*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(2). pág. 60. BARBAL PAGÈS M, MORA FONT A, SÁNCHEZ FITÉ E, PERALES GUARNIDO C, GELY VILA N, MATEU LLOBET A et al. *Tratamiento de muestras: precipitación vs suicidio*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(2). pág. 61. PÉREZ CÁRCELES MD. *El suicidio en el anciano*. Ciencia Forense. 2001;3. págs. 84-85.

³⁶⁸ MARTÍN CAZORLA F, RUBIO LAMIA L, RAMOS MEDINA V, GAITAN ARROYO MJ, SANTOS AMAYA IM. *Análisis médico forense del peso pulmonar y de otros factores en la muerte por sumersión*. Cuad Med Forense. 2014;20(2-3). pág. 87.

³⁶⁹ LÓPEZ-IBOR JJ. *Suicidio: problemas clínicos y medicolegales*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4): 129-130. JIMÉNEZ NUÑO J, ARRUFAT NEBOT FX, CARRERA GOULA R, GAY PASTOR M. *Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona)*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4):131-136. GUIJA JA, GINER L, MARÍN R, BLANCO M, PAREJO-MERINO JA. *Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida*. Rev Esp Med Legal. 2012;8(4):161-171.

³⁷⁰ FENOLLOSA GONZÁLEZ M, CASTELLÓ PONCE A, VERDÚ PASCUAL F. *El suicidio en los ancianos: decisión autónoma frente a gerontocidio social*. Ciencia Forense. 2001;3. pág. 163.

³⁷¹ PALOMO RANDO JL, RAMOS MEDINA V, DE LA CRUZ MERA E, LÓPEZ CALVO AM. *Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (parte I)*. Cuad Med Forense. 2010;16(4). pág. 225.

trabajo apenas se han registrado muertes de etiología homicida (el 2,2% del total), no siendo posible un estudio muy detallado. Sin embargo, comparando este dato con otras investigaciones en las que el porcentaje de homicidios en una localidad con mayor número de habitantes fue 1,6% en un periodo de cuatro años (2004-2007), podría incluso considerarse una proporción elevada³⁷².

En relación con el lugar donde se procede al levantamiento de cadáver la mayor frecuencia corresponde a la vía pública (44,7%) estando representado este porcentaje principalmente por las muertes accidentales, y concretamente por los accidentes de tráfico. La segunda localización en frecuencia es la vivienda, con un 23,4% del total, que corresponde sobre todo a las muertes naturales. En un estudio realizado en fallecidos mayores de 65 años, se ha observado que lo más frecuente era el hallazgo del cuerpo en el domicilio, seguido de los centros sanitarios y de la vía pública en tercer lugar³⁷³. En el este trabajo constan sólo dos casos de muertes en el lugar de trabajo, sin embargo esto no significa que no se produzcan más muertes por accidente laboral, ya que habría que incluir como tales las muertes acontecidas *in itinere*, o en el centro hospitalario posterior al hecho traumático. En otro trabajo sobre muertes traumáticas por accidentes laborales durante cuatro años, se encuentra que todos los casos son

³⁷² LUCENA J, GARCÍA CA, SANTOS M, RICO A, BLANCO M, GIMÉNEZ MP et al. *Estudio médico-legal del homicidio en la provincia de Sevilla (2004-2007). Especial referencia a los homicidios de mujeres en el contexto de violencia de género*. Cuad Med Forense. 2008;14(51). págs. 36-37.

³⁷³ LA ARENA-NAVARRO CR, CRESPO-ALONSO S, CASTELLÁ-GARCÍA J, MARTÍ-AMENGUAL G, MEDALLO-MUÑIZ J. *Autopsias judiciales en personas mayores de 65 años*. Rev Esp Med Legal. 2014;40(2). pág. 52.

varones, cuya causa principal de muerte es el traumatismo craneo encefálico seguido del shock hipovolémico³⁷⁴.

Únicamente se solicita la práctica de exámenes complementarios en el 24,7% de los casos, sobre todo en muertes de etiología accidental, seguido de las naturales. Este porcentaje se considera muy escaso si se tiene en cuenta la relevancia de los datos que se pueden obtener de este tipo de estudios, que incluso pudiesen hacer variar las conclusiones médico-legales iniciales, como pudiera ser el descartar otras posibles causas de la muerte³⁷⁵.

En el presente estudio se ha relacionado la etiología de la muerte con la causa de la misma, resultando una asociación muy significativa. Las muertes naturales corresponden casi al 100% a los diversos fallos orgánicos (patologías del aparato respiratorio, enfermedad digestiva, vascular o del sistema nervioso, y patología cardíaca). Cuando la causa de la muerte es la suspensión la etiología médico-legal es siempre suicida. La sumersión está representada en las muertes suicidas y accidentales en proporciones similares. Precisamente, Romero Palanco³⁷⁶ señala la enorme dificultad de

³⁷⁴ GARCÍA CA, CARBAJOSA ME, LLOPIS C, RICO A, JURADO C, FERNÁNDEZ A et al. *Muertes traumáticas por accidentes laborales en Sevilla. Estudio epidemiológico y toxicológico*. Cuad Med Forense. 2008;14(52). págs. 143-144.

³⁷⁵ CARRATALÁ CALVO F, ORTIZ CRIADO JM, DE LA PRESENTACIÓN BLASCO C, MOLINA AGUILAR P. *Patología coronaria no arteriosclerótica como causa de muerte súbita en adultos. Casuística del Instituto de Medicina Legal de Valencia (1997-2005)*. Cuad Med Forense. 2005;11(42). pág. 315.

³⁷⁶ ROMERO PALANCO JL. *Muertes por sumersión. Revisión y actualización de un tema clásico de la medicina forense*. Cuad Med Forense. 2007;13(48-49). pág. 100.

establecer la etiología médico-legal de la asfixia por sumersión, que excede en muchos casos las posibilidades del médico forense, siendo necesario la colaboración con los agentes policiales.

En cuanto a las muertes de etiología accidental, están representadas en primer lugar por los traumatismos e intoxicaciones, teniendo este grupo a su vez relación con los accidentes de tráfico. Todos los accidentes de circulación fueron catalogados como muertes de etiología accidental. Este hecho, aunque parezca obvio, no lo es tanto si se tiene en cuenta de que se han descrito casos de muertes naturales al volante, intentos de ocultar la intervención de una tercera persona en el hecho mortal, o incluso muertes de etiología suicida disimulada como accidente de tráfico al fin de asegurarse el objetivo deseado (en este caso la muerte), ocultar la intención suicida, o bien, para obtener la indemnización del seguro³⁷⁷. En segundo lugar, la etiología accidental es la más frecuente en el caso de fallecimientos por aspiración, quemaduras y shock hipovolémico con un 88,9% de los casos de muerte por estas causas, siendo el resto de etiología natural.

A pesar de que no se han establecido relaciones significativas entre la etiología de la muerte con el sexo o la edad, existen publicaciones que ponen de manifiesto claras diferencias en la mortalidad según el género y la edad en el caso de las muertes de etiología suicida, apreciándose una mayor frecuencia de las conductas suicidas en los varones frente a las mujeres.

³⁷⁷ DOMÍNGUEZ PEDROSO M.E, SÁNCHEZ UGENA F, SÁNCHEZ BOTET T. *Suicidio disimulado como accidente de tráfico. A propósito de un caso*. Cuad Med Forense. 2007;13(50). pág. 273.

Además, se obtuvo una distribución según distintas edades atendiendo al sexo resultando una mortalidad creciente hasta los 39 años en el caso de las mujeres, manteniéndose posteriormente a niveles constantes, teniendo los varones una tendencia creciente con la edad hasta pasados los 90 años. También se observó una diferencia del método suicida empleado atendiendo al sexo³⁷⁸.

³⁷⁸ SUELVES JM, ROBERT A. *La conducta suicida: una mirada desde la salud pública*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4). pág. 138.

6.3. INCAPACIDADES

Las solicitudes de incapacidad estudiadas ascienden a 198. Se observó que el sujeto de menor edad tenía 16 años, siendo la edad media de $51,53 \pm 19,29$, y la edad más repetida fue 32 años. La década de edad más frecuente fue la de 40-49 años, que representa el 20,7% del total, apreciándose una disminución de la frecuencia a medida que la edad se acerca a los extremos de la vida. El número de exploraciones realizadas es muy similar en mujeres y varones, el 43,9% y el 56,1% respectivamente. En un artículo publicado en 2012 con el fin de describir el perfil de los ancianos institucionalizados en residencias privadas³⁷⁹ se observó que el 64,7% eran mujeres, porcentaje superior al del presente estudio, si bien, la muestra estudiada estaba limitada a la ancianidad e institucionalización en centros privados, y no representaba al total de la población. El 92% de los casos procedían de la provincia de Salamanca, fundamentalmente del Partido Judicial estudiado, no existiendo diferencia porcentual entre el resto de procedencias agrupadas. En 1997 se emitió el mayor número de informes médico-legales en relación con la capacidad de gobierno de la persona y sus bienes, si bien, no se considera un dato de interés al depender de numerosos factores.

En cuanto a la causa principal que motiva la demanda de incapacidad en los juzgados es retraso mental, con el 38,4%. La segunda causa son las

³⁷⁹ FUENTE SANZ MM, MARTÍNEZ LEÓN M, ROMERO GARCÍA MJ, FERNÁNDEZ DE SANTIAGO FJ, NAVAS CÁMARA. *Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria*. *Fisioterapia*. 2012;34(6):239-244.

demencias, que suponen el 16,7% del total. Cabe resaltar la función esencial del médico forense a la hora de determinar la vulnerabilidad de la persona con el fin de prevenir abusos o influencias indebidas en las personas³⁸⁰. La conclusión más frecuente en el informe médico-legal es la limitación total del individuo para el manejo de sus bienes y su persona. en un 73,2%. En el 13,1% la incapacidad del individuo es parcial. En términos generales, se ha apreciado un aumento de las demandas de incapacidad debido, en gran parte, al aumento de la esperanza de vida, así como al incremento paralelo de las enfermedades edad-dependientes como son las enfermedades neurodegenerativas. Todo ello conlleva un aumento de población con algún tipo de discapacidad física o psíquica que exige una adecuada respuesta social, como son los procedimientos de incapacitación al objeto de proteger a la persona³⁸¹. Sin embargo, se describen situaciones en las que, siendo preceptiva la demanda judicial de incapacidad no se realiza, favoreciendo en este sentido malos tratos por acción y omisión a las personas incapaces³⁸².

Aunque no se ha establecido una relación estadísticamente significativa entre las diversas variables, se aprecia que en relación a la causa que motiva la exploración y el tramo de edad, el diagnóstico más

³⁸⁰ BLUM B, GÓMEZ- DURÁN EL, RICHARDS D. *Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad*. Rev Esp Med Legal. 2013;39(2). pág. 64.

³⁸¹ ARIMANY-MANSO J, GÓMEZ-DURÁN EL, BOADA M, VENTURA MAS S, TÁRRAGA L, CLOS MASÓ D, et al. *La investigación en los procedimientos de incapacidad de las personas con enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia*. Rev Esp Med Legal. 2012;38(3). pág. 89.

³⁸² SALVAT J, MARTÍN J, VICENTE S, MUÑIZ C, MUÑOZ R. *Malos tratos por acción y por omisión a los ancianos*. Ciencia Forense. 2001;3. pág. 49.

frecuente en las personas hasta los 70 años es el retraso mental, siendo a partir de esta edad la demencia la causa más frecuente. Respecto a la diferencia existente entre sexo, la primera causa que motiva la incapacidad es el retraso mental en ambos sexos, siendo la demencia el segundo diagnóstico más frecuente en mujeres. Sin embargo, en el caso de los varones, el retraso mental es seguido en frecuencia por varias patologías (esquizofrenia, demencia y enfermedad orgánica), todas ellas con porcentajes muy aproximados. En cuanto a la conclusión médico-legal y la causa que motiva el informe, se ha observado que la incapacidad total está representada en su mayor parte por los retrasos mentales y, en segundo lugar, por las demencias. La curatela está representada por los trastorno del ánimo y, obviamente, los sujetos declarados capaces carecen fundamentalmente de patología. Finalmente, los sujetos explorados con diagnóstico borderline fueron declarados capaces en el 50% de los casos y, con limitaciones parciales para regir su persona y sus bienes en el otro 50%.

7. CONCLUSIONES

Las conclusiones se establecen en función de los objetivos del estudio.

OBJETIVO 1. Conocer las características socio-demográficas de las personas que motivan la actuación médico-legal: edad, sexo y lugar de procedencia.

1. Los tramos de edad en el que aparecen mayor número de individuos difiere en función del motivo del informe, así en el caso de las lesiones la década de edad más frecuente se sitúa en los 20-29 años, en las muertes judiciales de los 70-79 años de edad, y en las incapacidades en la etapa media de la vida, entre los 40-49 años.
2. Los varones suponen las tres cuartas partes de las personas objeto de estudio en las lesiones y muertes judiciales, siendo un porcentaje ligeramente superior al de mujeres en el caso de las incapacidades.
3. Los individuos explorados proceden principalmente de la provincia de Salamanca, seguidos de las personas procedentes del extranjero, en particular de Portugal.

OBJETIVO 2. Obtener información acerca de las lesiones: mecanismo de producción, su localización, gravedad, y las variables necesarias para la emisión del documento médico-legal de sanidad.

1. Las lesiones objeto de exploración por el médico forense son, principalmente, causadas por agresiones (57,5% del total) y por accidentes de circulación (25,5%).
2. Fue en el año 1990 cuando se registraron más hechos violentos con resultado de lesiones, siendo 1991 el año en el que el médico forense del Partido Judicial de Ciudad Rodrigo elaboró mayor número de informe de lesiones.
3. Los hechos violentos con resultado de lesión tienen lugar de forma más frecuente durante los fines de semana, concretamente los domingos, y los martes. El mes con mayor incidencia de registros es agosto.
4. El tipo de lesión padecida con más frecuencia son las lesiones de tipo superficial (contusiones y erosiones) y heridas.
5. Las lesiones, por lo general, se localizan en diversas y múltiples topografías anatómicas, si bien es frecuente hallarlas en la mitad superior del cuerpo, principalmente en cara y miembros superiores.
6. En más de la mitad de los casos, en el 66,3% del total, el médico forense emite el informe de sanidad tras la primera exploración del lesionado.

7. El 58,7% de las lesiones se estabilizan en menos de 15 días, siendo habitual (el 68% de los registros) que el individuo no esté limitado para realizar sus actividades habituales durante el periodo de curación.
8. La necesidad de tratamiento médico o quirúrgico para la curación de las lesiones es preceptiva en el 44% de los casos.
9. En el 68% de los lesionados se produce una sanación íntegra sin secuelas.

OBJETIVO 3. Investigar la mortalidad de interés judicial: etiología médico-legal de la muerte, lugar y momento en que acontece, las causas que ocasionan el óbito y la práctica de exámenes complementarios.

1. La etiología de la muerte más frecuente es la accidental, con el 55,9% del total, de las cuales, el 40,9% se debió a accidentes de circulación.
2. El 26,6% de las muertes judicializadas se debieron a causas naturales y el 15% fueron de etiología suicida.
3. Los años en los que se registraron más muertes judiciales fue 1992 y 1998, con 27 fallecidos, siendo la media de 21-22 muertes judiciales por año. En 1997 únicamente constaron 12 muertes judiciales.
4. Los hechos violentos con resultado de muerte tienen lugar de forma más frecuente durante los fines de semana (39,1%), seguido por los martes y viernes, ambos con el 13,1% del total. El mes con mayor incidencia de muerte es agosto (10,9%).

5. El lugar donde se encuentra el cadáver con mayor frecuencia es la vía pública (44,7%), seguido por la vivienda (23,4%).
6. Las muertes judiciales son ocasionadas en el 42,5% por traumatismos y en el 14,4% del total por patología cardíaca.
7. Se solicitaron exámenes complementarios únicamente en la cuarta parte de la población.

OBJETIVO 4. Estudiar las patologías que originan una incapacidad judicial y su repercusión en las habilidades de las personas para su gobierno y el de sus bienes.

1. Han sido durante los años 2002 y 1997, con el 13,1 y 12,1% del total respectivamente, cuando más informes médico-legales se han realizado al objeto de determinar la capacidad civil de la persona.
2. El retraso mental es la patología más frecuente que motiva las demandas de incapacidad (38,4%), seguida por la demencia, con el 16,7% de los registros.
3. En el 86,3% de los casos, el médico forense concluye con la limitación de la capacidad de gobierno de la persona y sus bienes del individuo explorado, un 73,2% en grado de total y el 13,1% parcial o necesidad de curatela.

OBJETIVO 5. Relacionar diversas variables de interés médico-legal en cada tipo de actuación del médico forense y establecer su significación estadística.

1. Las lesiones producidas durante una agresión se relacionan con un periodo de sanidad más corto y compatible con la práctica de actividades habituales por el individuo. Generalmente se trata de lesiones de tipo superficial (contusiones y erosiones) y localizadas en la mitad superior del cuerpo.
2. En relación con los accidentes de tráfico, el periodo necesario para la curación de las lesiones es más prolongado en comparación con el daño originado por otras causas. Además, la persona presenta limitaciones para realizar distintas actividades que venía practicando previamente al accidente. Son lesiones de mayor gravedad, como fracturas, luxaciones o lesiones ligamentosas.
3. La violencia doméstica y las agresiones sexuales son entidades lesionales propias de la mujer, así como las lesiones producidas en calidad de detenido y como consecuencia de accidentes laborales se dan fundamentalmente en varones.
4. La etiología médico-legal de la muerte está relacionada con la causa del óbito. Respecto a las muertes naturales se deben, casi exclusivamente, a fallos orgánicos.

5. La aspiración, el shock hipovolémico, las quemaduras y traumatismos, ocasionan el 88,9% de las muertes de etiología accidental, y la suspensión es de etiología suicida en todos los casos.
6. Las muertes por sumersión pueden ser de etiología accidental o suicida en proporciones similares.
7. El 100% de las muertes por traumatismo en accidentes de circulación son de etiología accidental.
8. En el caso de las incapacidades no ha sido posible establecer una relación estadísticamente significativa entre las variables edad, sexo, causa y conclusión médico-legal, probablemente por el escaso número de casos objeto de estudio.

8. BIBLIOGRAFÍA

Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Boada M, Ventura Mas S, Tárraga L, Clos Masó D, et al. La investigación en los procedimientos de incapacidad de las personas con enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Rev. Esp. Med. Legal.* 2012;38(3):89-90.

Aso Escario J, Cobo Plana JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/03. 3ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2006.

Aso J, Martínez-Quñones JV, Aso-Vizán J, Pons J, Arregui R, Baena S. Virtopsia. Aplicaciones de un nuevo método de inspección corporal no invasiva en ciencias forenses. *Cuad Med Forense.* 2005;11(40):95-106.

Barbal Pagès M, Mora Font A, Sánchez Fité E, Perales Guarnido C, Gely Vila N, Mateu Llobet A et al. Tratamiento de muestras: precipitación vs suicidio. *Rev Esp Med Legal.* 2012;38(2):50-67.

Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 1988.

Basso C, Burke M, Fornes P, Gallagher PJ, Gouveia RH, Sheppard M et al. Guías para la práctica de la autopsia en casos de muerte súbita cardiaca. *Cuad Med Forense.* 2009;15(55):7-16.

Beristain Ipiña A. ¿La sociedad/judicatura atiende a “sus” víctimas/testigos? En: *La Victimología. Cuadernos de Derecho Judicial.* Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1993. p. 161-222.

Blum B, Gómez-Durán EL, Richards D. Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39(2):63-69.

Bonnet EFP. Medicina legal. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial López Libreros; 1980.

Bonnet EFP. Psicopatología y psiquiatría forenses. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial López Libreros; 1984.

Borobia Fernández C. Métodos de valoración del daño corporal. 1ª ed. Madrid: Editorial Donograph S.A.; 1989.

Borobia Fernández C. Valoración de daños personales causados en los accidentes de circulación. 1ª ed. Madrid: Editorial La ley-Actualidad; 1996.

Caballero Salgado J. VI Mesa: casos especiales. Primer caso. En: Alonso Santos J, coordinador. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2005. p. 265-275.

Cacabelos R. Demencia Senil. Jano. 1989;36(851):778-787.

Cano F, Rico A, Marín R, Blanco M, Santos M, Lucena J. Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. Cuad Med Forense. 2012;18(2):55-62.

Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Psiquiatría legal y forense. 1ª ed. Madrid: Editorial La Ley-Actualidad, S.A.; 1997.

Carratalá Calvo F, Ortiz Criado JM, de la Presentación Blasco C, Molina Aguilar P. Patología coronaria no arteriosclerótica como causa de muerte súbita en adultos. Casuística del Instituto de Medicina Legal de Valencia (1997-2005). Cuad Med Forense. 2005;11(42):307-316.

Clasificación internacional uniforme de ocupaciones, CIUO-88.

Cobo Plana JA, Aso Escario J, Garfia González A, Fariña González F. Elección del tipo de autopsia forense I. Autopsia mínimamente invasiva. *Cuad Med Forense*; 2000;20:5-16.

Código civil. 4ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1985.

Decreto de 8 de junio de 1956, por el que se adapta el Reglamento orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses a la Ley de 15 de julio de 1954, sobre situaciones de los funcionarios de la Administración Civil del Estado. *BOE*, de 27 de junio, núm. 179, págs. 4218-4225.

Domínguez Pedroso ME, Sánchez Ugena F, Sánchez Botet T. Suicidio disimulado como accidente de tráfico. A propósito de un caso. *Cuad Med Forense*. 2007;13(50):269-274.

Donat Laporta E. VI Mesa: casos especiales. Segundo caso. En: Alonso Santos J, coordinador. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2005. p. 277-285.

Dorado Fernández E. Criterios de estabilización en el traumatismo cervical leve. Aspectos médico-prácticos en valoración del daño corporal: nexos de causalidad y simulación. En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. IX Jornadas de valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2011. p. 33-49.

DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.

Escalafón del Cuerpo de Médicos Forenses (Cerrado a 1 de abril de 2007). *Boletín de Información del Ministerio de Justicia*. Suplemento al núm. 2042 de 1 de agosto de 2007.

Fenollosa González M, Castelló Ponce A, Verdú Pascual F. El suicidio en los ancianos: decisión autónoma frente a gerontocidio social. *Ciencia Forense*. 2001;3:159-170.

Ferranti Daniel H, Fonseca A, Skakavac N, Araujo JC, Lombardo R. Muerte debida a lesiones no jerarquizadas en los politraumatismos con lesiones predominantes en el cráneo. *Cuad Med Forense*. 2004;36:29-34.

Fuentes Castro P. Violencia sexual en la infancia. Problemática médica y médico legal. En: Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia; 2003. p. 387-406.

Fuente Sanz MM, Martínez León M, Romero García MJ, Fernández de Santiago FJ, Navas Cámara. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*. 2012;34(6): 239-244.

García-Blázquez Pérez M, García-Blázquez Pérez CM. Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal. 13^a ed. Granada: Editorial Comares S.L.; 2004.

García CA, Carbajosa ME, Llopis C, Rico A, Jurado C, Fernández A et al. Muertes traumáticas por accidentes laborales en Sevilla. Estudio epidemiológico y toxicológico. *Cuad Med Forense*. 2008;14(52):137-46.

García-Pablos de Molina A. El redescubrimiento de la víctima: victimización secundaria y programas de reparación del daño. La denominada “victimización terciaria” (El penado como víctima del sistema legal). En: La Victimología. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1993. p. 287-320.

García Ruíz MC. Abordaje multidisciplinar del maltrato en las personas mayores. Maltrato a personas mayores en instituciones. En: Jornadas sobre maltrato a personas mayores; Zamora: Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 1-9.

Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 1º ed. Valencia: Editorial Fundación García Muñoz- sección saber. Publicaciones médicas y científicas; 1977.

Gisbert Calabuig JA, Medicina Legal y Forense, 4ª edición Madrid: Editorial Masson; 1998.

Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 5º ed. Barcelona: Editorial Masson; 2000.

Gisbert Calabuig, JA. Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2004.

Gómez A, Gala FJ, Lupiani M, Bernalte A, Miret MT, Lupiani S et al. El “bullying” y otras formas de violencia adolescente. Cuad Med Forense. 2007;13(48-49):165-177.

Gracia Garrido PJ. Valoración del daño corporal en las secuelas psiquiátricas. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal (I Jornadas sobre valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 1995. p. 59-73.

Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Boletín de Información de Ministerio de Justicia. Suplemento al núm. 2000 de 1 de noviembre de 2005.

Guija Villa JA, Giner Jiménez L, Romero de la Cruz C, Guijarro Santoro A, López Aguilar FJ. Examen médico forense del estado mental en el juzgado de guardia. Cuad Med Forense. 2013;19(3-4). págs. 110-114.

Guija JA, Giner L, Marín R, Blanco M, Parejo-Merino JA. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. Rev Esp Med Legal. 2012;8(4):161-171.

Gutiérrez Díez MP, Millán de las Heras MJ. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria. Pap. 2000;2(8):81-100.

Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 1º ed. Barcelona: Editorial Masson; 1996.

Hidalgo de Caviedes y Görtz A, Murillo Martínez JP. Valoración de las discapacidades traumáticas. 1ª ed. Madrid: Editorial del Centro de Estudios Ramón Areces S.A.; 2004.

Hinojal Fonseca R. Manual de medicina legal y toxicología. 1ª ed. Oviedo: Editorial Arcano; 1990.

Ine.es. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [actualizada el 16 mayo 2015]. Disponible en <http://www.ine.es>.

Jaén Vallejo M, Perrino Pérez AL. La reforma penal de 2015 (Análisis de las principales reformas introducidas en el Código Penal por las Leyes Orgánicas 1 y 2/2015, de 30 de marzo). 1ª ed. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.; 2015.

Jiménez Nuño J, Arrufat Nebot FX, Carrera Goula R, Gay Pastor M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(4):131-136.

Kass G. An exploratory technique for investigating larges quantities of categorical data. *Appl Statist*. 1980;29(2):119-127.

La Arena-Navarro CR, Crespo-Alonso S, Castellá-García J, Martí-Amengual G, Medallo-Muñiz J. Autopsias judiciales en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40(2):49-53.

Langelüddeke A. *Psiquiatría forense*. 1ª ed. Madrid: Editorial Espasa-Calpe; 1972.

Lasso EF, Varela VL, Pachar JV. Muerte traumática de personas privadas de libertad: descripción de un caso. *Cuad Med Forense*. 2009;15(58):303-308.

Ley 11/1966, de 18 de marzo, de Reforma Orgánica y Adapatación de los Cuerpos de la Administración de Justicia a la Ley de Funcionarios Civiles del Estado. BOE, de 19 de marzo de 1966, núm.67, págs. 3305-3309.

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. BOE, de 26 de octubre de 1983, núm.256, págs. 28932-28935.

Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de demarcación y de planta judicial. BOE, 30 de diciembre de 1988, núm. 313, págs. 36580-36635.

Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. BOE, de 9 de noviembre de 1995, núm. 268, págs. 32480- 32567.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. BOE, de 10 de noviembre de 1995, núm.269, págs. 32590-32611.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE, de 8 de enero de 2000, núm. 7, págs. 575-728.

Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE, de 31 de diciembre de 2002, núm.313, págs. 46086-46191.

Ley 34/03, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE, de 5 de noviembre de 2003, núm. 265, págs. 39190- 39220.

Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa Tributaria con esta finalidad. BOE, de 19 de noviembre de 2003, núm.277, págs. 40852-40863.

Ley 20/11, de 21 de julio del Registro Civil. BOE, de 22 de julio de 2011, núm. 175, págs. 81468-81502.

Ley 35/15, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE, de 23 de septiembre de 2015, núm. 228, págs. 84473-84979.

Ley Orgánica de 17 de julio de 1947 del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. BOE, 18 de julio de 1947, núm. 199, págs. 4017-4022.

Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. BOE, 2 de julio de 1985, núm.157, págs. 20632-20678.

Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. BOE, de 22 de junio de 1989, núm. 148, págs. 19351-19358.

Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre, por la que se fija la edad de jubilación de Jueces y Magistrados y se integra a diverso personal médico en el Cuerpo de Médicos Forenses. BOE, 21 de noviembre de 1992, núm. 280, págs. 39606-39607.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. BOE, de 24 de noviembre de 1995, núm. 281, págs. 33987-34058.

Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, de 23 de junio de 2010, núm. 152, págs. 54811-54883.

Ley Orgánica 1/15, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, 31 de marzo de 2015, núm. 77, págs. 27061-27176.

Ley de Sanidad de 20 de noviembre de 1855. Gaceta de Madrid, 7 de diciembre de 1855, núm. 1068, págs. 1-2.

Lobato Cañón JR. Contingencia laboral. En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. Aspectos médico- prácticos en valoración del daño corporal (X Jornadas de valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 2013. p. 133-140.

López Gómez L, Gisbert Calabuig JA. Tratado de medicina legal. 2ª ed. Valencia: Editorial Saber; 1970.

López-Ibor JJ. Suicidio: problemas clínicos y medicolegales. Rev Esp Med Legal. 2012;38(4):129-130.

Lorenzo A. Diccionario de legislación sanitaria. 1ª ed. Madrid: Editorial Tribuna médica; 1966.

Lucena J, García CA, Santos M, Rico A, Blanco M, Giménez MP et al. Estudio médico legal del homicidio en la provincia de Sevilla (2004-2007). Especial referencia a los homicidios de mujeres en el contexto de violencia de género. Cuad Med Forense. 2008;14(51):35-46.

Luvoni R, Bernardi L. Guida della valitazione medico- legale dell' invalidità permanente. 2ª ed. Milan: Editorial Milano- Dott A. Giuffre; 1975.

Manzanares Samaniego JL. La reforma del código penal de 2015 conforme a las Leyes Orgánicas 1 y 2/2015, de 30 de marzo. 1ª ed. Madrid: Editorial La Ley; 2015.

Mapa de Partido Judicial de Ciudad Rodrigo y municipios de su ámbito territorial. Cartografía de partidos judiciales. Ministerio de Justicia. [consultado el 12 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://mjustica.gob.es>.

Marco Ribé J, Martí Tusquets JL, Pons Bartrán R. Psiquiatría forense. 1ª ed. Barcelona: Editorial Salvat S.A.; 1990.

Marrón Moya T, Mongil López I, Gallego Herruzo G, Leal Bazán MJ, Medallo Muñiz J, Castellà García J. Mortalidad judicial adolescente en Barcelona (1990-2005). Rev Esp Med Legal. 2012;38(2):50-67.

Martí Amengual G. Alcohol, medicamentos y drogas: su acción sobre la conducción y su acción como factor agravante de las lesiones por accidente de tráfico. En: Alonso Santos J, coordinador. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2005. p. 5-13.

Martín Cazorla F, Rubio Lamia L, Ramos Medina V, Gaitan Arroyo MJ, Santos Amaya IM. Análisis médico forense del peso pulmonar y de otros factores en la muerte por sumersión. Cuad Med Forense. 2014;20(2-3): 85-91.

Martínez Calcerrada. Derecho médico. 1ª ed. Madrid: Editorial Tecnos; 1986.

Martínez-León M, Queipo Burón D, Irurtia Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):5-10.

Martínez Pavón MD. El tratamiento especial del siniestro con gran inválido y su inclusión en el reaseguro. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal. (I Jornadas sobre valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 1995. p. 225-232.

Menéndez JA, Pera FJ, Morcillo R. Valoración de las lesiones oculares producidas en los accidentes de tráfico. Cuad. Med. Forense. 2008; 14(51): 25- 33.

Millana de Ynes C. La autopsia ecográfica (ecopsia) como exploración complementaria para el médico forense. En: Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia; 2003; p. 697-721.

Miralles Marrero RC. Valoración del daño corporal en el aparato locomotor. 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001.

Monterde Ferrer F. Victimología. Proyecciones asistenciales prácticas. En: La Victimología. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1993. p. 243-286.

Mora Font A, Arroyo Fernández A, Sánchez Fité M, Barbal Pagès M. Suicidio. Estudio estadístico 2006-2011 en la comunidad autónoma de Cataluña. Rev Esp Med Legal. 2012;38(2):50-67.

Moreno Bellido F. La rehabilitación profesional de los accidentados de trabajo. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal. (I Jornadas sobre valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 1995. p. 233-260.

Morentin-Campillo B, Suárez-Mier MP, Aguilera-Tapia B. Autopsia cardiaca en patología forense. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(3):106-111.

Morillas Cueva L. Estudios sobre el código penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015). 1ª ed. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.; 2015.

Muñiz Fernández C, Muñoz Garrido R, Noriega de Castro J, Salvat Puig J, Vicente González S. *Medicina legal*. 1ª ed. Salamanca: Editorial Cise; 2012.

Navarro Góngora J, Navarro Abad E, Vaquero Delgado E, Carrascosa Miguel AM. *Manual de peritaje sobre malos tratos psicológicos*. 1ª ed. Madrid: Dirección General de la Mujer. Junta de Castilla y León; 2004.

Orden de 21 de febrero de 1962 por la que se regula la Estadística de Accidentes de Circulación. *BOE*, de 27 de febrero, núm. 50, págs. 2822-2824.

Orden de 5 de abril de 1974, por la que se actualiza el baremo de lesiones, mutilaciones y deformaciones de carácter definitivo y no invalidante, previsto en el artículo 146 de la Ley de la Seguridad Social. *BOE*, de 18 de abril de 1974, núm. 93, págs.7915-7918.

Orden de 17 de marzo de 1987 por la que se aprueba el baremo de indemnización de los daños corporales a cargo del seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor, de suscripción obligatoria. *BOE*, de 24 de marzo de 1987, núm. 71, págs. 8393-8395.

Orden de 5 de marzo de 1991 por la que se da publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por medio de vehículos de motor, y se considera al mismo como procedimiento apto para calcular las provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes correspondientes a dicho seguro. BOE, de 11 de marzo de 1991, núm. 60, págs. 8135-8155.

Orden del Ministerio de Justicia 1291/2010, de 13 de mayo de 2010, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. BOE, de 19 de mayo de 2010, núm. 122, págs. 43459-43498.

Orden ESS/66/2013, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes. BOE, 30 de enero de 2013, núm. 26, págs. 6839-6844; corrección de errores BOE, 22 de febrero de 2013, núm. 46, pág. 14873.

Palomo Rando JL, Ramos Medina V. Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver. Propuesta de documento (recomendaciones, guías, normas o protocolos de actuación profesional). Cuad Med Forense. 2004;(36):41-57.

Palomo Rando JL, Ramos Medina V, de la Cruz Mera E, López Calvo AM. Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (parte I). Cuad. Med. Forense. 2010;16(4):217-229.

Palomo Rando JL, Ramos Medina V, Palomo Gómez I, López Calvo A, Santos Amaya IM. Patología forense y neurología asociada de los traumatismos cráneoencefálicos. Estudio práctico. Cuad Med Forense. 2008;14(52):87-118.

Palomo Rando JL, Ramos Medina V, Santos Amaya IM. Muerte en privación de libertad (MPL). Cuad Med Forense. 2004;(35):37-50.

Parejo Maldonado F. Lesiones no articulares del miembro inferior. Valoración del daño corporal. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal. Lesiones en el miembro inferior (II Jornadas sobre valoración del daño corporal); Majadahonda (Madrid): Fundación Mapfre; 1996. p. 175-186.

Pérez Cárcelos MD. El suicidio en el anciano. Ciencia Forense. 2001;3:77-92.

Real Decreto de 13 de mayo de 1862 de organización del servicio médico forense de Madrid. Gaceta de Madrid, 17 de mayo de 1862, núm. 137, págs. 1-2.

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Gaceta de Madrid, 17 de septiembre de 1882, núm. 260, págs. 803-806.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE, de 25 de julio, núm. 206, págs. 249-259.

Real Decreto de 12 de abril de 1915 disponiendo que los Médicos Forenses constituyan un Cuerpo organizado con la denominación de Médicos forenses y de las Prisiones preventivas. Gaceta de Madrid, 13 de abril de 1915, núm. 103, págs. 104-105.

Real Decreto-Ley núm. 64 de 3 de enero de 1929. Gaceta de Madrid, de 19 de enero de 1929, núm.19, pág. 611.

Real Decreto 1653/1980, de 4 de julio, por el que se modifica parcialmente el Reglamento del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil de Vehículos a Motor, aprobado por Decreto 3787/1964, de 19 de noviembre. BOE, de 15 de agosto de 1980, núm. 196, págs. 18436-18438.

Real Decreto 13/92, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación, para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. BOE, de 31 de enero de 1992, núm. 27, págs. 3199-3271.

Real Decreto 181/1993, de 9 de febrero, sobre integración de los médicos del Registro Civil y de los procedentes de la extinguida Escala de Médicos de la Obra de Protección de menores, pertenecientes a la Escala de Médicos de Organismos autónomos del Ministerio de Justicia, en el Cuerpo de Médicos Forenses. BOE, 23 de febrero de 1993, núm. 46, págs. 5666-5668.

Real Decreto 1/94, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE, 29 de junio de 1994, núm. 154, págs. 20658-20708.

Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. BOE, 1 de marzo de 1996, núm. 53, págs. 8112-8132.

Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, del Ministerio de Justicia e Interior por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. BOE, 9 de marzo de 1996, núm. 60, págs. 9633-9636.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE, de 26 de enero de 2000, núm. 22, págs. 3317-3410.

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. B.O.E. núm.302, de 19 de diciembre de 2006, págs. 44487-44546.

Real Orden de 31 de diciembre de 1914. Gaceta de Madrid, de 4 de enero de 1915, núm. 4, pág. 30.

Real Orden de 9 de abril de 1915. Gaceta de Madrid, 23 de abril de 1915, núm. 113, pág. 229.

Represas Vázquez C. Patología del raquis cervical y dorso- lumbar. Visión del médico valorador. En: Alonso Santos J, coordinador. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2005. p. 187-203.

Reyes Martín A. Tipos, diagnóstico médico y valoración médico-legal del maltrato en la infancia y la adolescencia. Maltrato físico. En: Plan de formación continuada 2003 para médicos forenses. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia; 2003. p. 359-385.

Riú JA, Tavella de Riú G. Psiquiatría forense. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Lerner Editores Asociados; 1987.

Romero Palanco JL. Muertes por sumersión. Revisión y actualización de un tema clásico de la medicina forense. Cuad Med Forense. 2007;13(48-49):99-130.

Salvat Puig J. Valoración del daño corporal. En: Penal, informática y derecho comunitario europeo, administrativo, constitucional, contabilidad. Recopilación de ponencias y comunicaciones. Madrid: Planes provinciales y territoriales de formación año 1993; 1994. p. 327-358.

Salvat J, Martín J, Vicente S, Muñiz C, Muñoz R. Malos tratos por acción y por omisión a los ancianos. Ciencia Forense. 2001;3:41-58.

Salvat Puig J, Martín Martín J, Vicente González S, Muñiz Fernández C, Muñoz Garrido R. El médico forense y los Institutos de Medicina Legal. Por derecho. 2006;56:21-28.

Salvat Puig J, Muñiz Fernández C, Muñoz Garrido R. Valoración medicolegal del daño corporal por fracturas. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1982.

Salvat Puig J, Vicente González S, Muñiz Fernández C, Muñoz Garrido R. Ética profesional del médico en la valoración del daño corporal. En: Alonso Santos J, coordinador. VI Jornadas sobre valoración del daño corporal; Madrid: Fundación Mapfre; 2005. p. 27-72.

Simonin C. Medicina legal judicial. 2º ed. Barcelona: Editorial Jims; 1980.

Soto Nieto F. El gran inválido. Aspectos jurídico- legales en la valoración de los daños y perjuicios sufridos. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal (I Jornadas sobre valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 1995. p. 179-208.

Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(4):137-142.

Torres Y, Aler M, Plata A, Domínguez A, Sanz P, Gisbert M. Factores que afectan al análisis biológico de las muestras de agresiones sexuales. *Cuad Med Forense*. 2007;13(47):45-56.

Trias Capella ME, Martín-Fumadó C, Taranilla Castro AM, Trias Capella R, Bernal Martí X, Rebollo-Soria MC. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(1):7-11.

Vázquez López JE. Tratamiento médico, ¿Concepto jurídico? Nuevo acercamiento a la distinción entre el delito y la falta de lesiones. Análisis de una sentencia de interés. *Cuad. Med. Forense*. 2013;19(1-2):50-52.

Vicente Pardo JM. Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales. En: Alonso Santos J, Sala Márquez J, coordinadores. Aspectos médico- prácticos en valoración del daño corporal (X Jornadas de valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 2013. p. 101-119.

Vila Quintana C. La valoración del daño corporal en el lesionado medular. En: Alonso Santos J, coordinador. Valoración del daño corporal (I Jornadas sobre valoración del daño corporal); Madrid: Fundación Mapfre; 1995. p. 165-177.

Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A, Montero F, et al. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. Rev Esp Med Legal. 2013;39(1):32-36.